12/-

M18668

124 8

22102019711

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Library
CANCELLED

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b20415217

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Library
CANCELLED

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT

Ce volume est une publication de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire : F. Lafargue, ancien élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général, 169, boulevard Malesherbes, Paris.

N° 204 A

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

APPENDICITE

PAR

LE Dr CH. MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de médecine

ET

J. VANVERTS

Interne des hôpitaux de Paris

MASSON ET Cie, ÉDITEURS,
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

(Tous droits réservés)

M18668

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	
	WI530
	1897
	M75a

INTRODUCTION

L'histoire de l'appendicite comprend trois phases distinctes :

Dans la première, la maladie est pour ainsi dire découverte ou du moins bien décrite par Mèlier.

Dans la seconde, son existence est contestée ; tous les accidents qui en dépendent sont rapportés à l'inflammation du cœcum.

Dans la troisième, toute moderne, l'appendicite reprend la place qui lui appartient.

1re *Période.* — Plusieurs cas isolés d'appendicite avaient été signalés au commencement de ce siècle ; mais c'est à Mèlier que l'on doit la première étude d'ensemble de l'affection. Dans un remarquable mémoire, paru en 1827 [1], il

---

[1] Mèlier. — *Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcal.* « Journ. de médec. de chir. et de pharm. », 1827, p. 317.

établissait que l'appendicite avait une existence propre et indépendante. Il la rattachait à la stase fécale qui, d'après lui, déterminait la dilatation et l'inflammation de l'appendice, lésions aboutissant bientôt à l'engouement, à la gangrène et à la perforation de l'organe. Mélier avait même prévu la possibilité de guérir la lésion par l'excision de l'appendice.

2e *Période.* — Elle date des travaux de Dance (1), de Ménière (2) et surtout de celui d'Albers, de Bonn (3). Pour ces auteurs, les phénomènes, bien vus par Mélier, mais faussement attribués par lui à l'appendicite, sont dus à l'inflammation du cœcum. La typhlite, consécutive à la stase des matières, peut provoquer des ulcérations et des perforations. Si la perforation se fait en avant du cœcum il y a péritonite généralisée ; si elle se fait en arrière, entre les

---

(1) Dance et Husson. — *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires de la fosse iliaque.* « Répertoire d'anatomie et de physiologie », 1827, t. IV, p. 74.

(2) Ménière (P.) — *Mémoire sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite.* « Arch. gén. de méd. », 1828, 1re série, t. XVII, p. 188 et 513.

(3) Albers. — *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathol. u. pathol. Anat.* Bonn, 1838. Traduit par le journal l'*Expérience*, 1839 p. 129.

lames du méso-cœcum, il en résulte un abcès du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

En dépit des protestations de Grisolle (1), de Forget (2), de Leudet (3) et de quelques autres (4), la doctrine de la typhlite et de la périty phlite cellulaire a régné en maîtresse pendant de longues années.

3e *Période.* — La typhlite cède de nouveau le pas à l'appendicite. Il a fallu pour cela le concours et des recherches entreprises sur le cadavre et des constatations faites sur le vivant. Un nombre de plus en plus grand d'autopsies soigneusement faites permit, en effet, de reconnaître que, chez les individus ayant succombé au cours d'une prétendue typhlite, c'était l'appendice, et non le cœcum, qui était le siège des principales lésions. Les chirurgiens américains

---

(1) Grisolle (A.) — *Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques.* « Arch. gén. de Médec. », 1839, 3e série, t. IV, p. 34.

(2) Forget (C.-P.).— *De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal.* « Gaz. médic. de Strasbourg », 20 oct. 1853, n° 10, p. 322.

(3) Leudet (E.) — *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal.* « Arch. génér. de médec. », 1859, 5e série, t. XIV, p. 129 et 315.

(4) Favre (H.) — *Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo cæcal.* « Thèse de Paris », 1851.

complétèrent cette démonstration en établissant qu'en intervenant de bonne heure pour des accidents rapportés à l'inflammation du cœcum, on trouvait celui-ci indemne, tandis que l'appendice était toujours lésé.

Concurremment, les recherches anatomiques de Treves, de Tuffier, de Fergusson montraient que la périty phlite, dans le sens où l'on avait pris ce mot jusqu'alors (inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque), ne pouvait pas plus exister que la typhlite. Elles établissaient en effet que, contrairement à l'opinion reçue, le cœcum était complètement entouré par le péritoine; que son inflammation ne devait donc avoir aucune tendance à gagner le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

C'est à Reginald Fitz (1) et nombre de ses confrères en Amérique, à Matterstock(2), Kümmel(3),

---

(1) Fitz (Reg.) — *Perforating inflammation of the vermiform appendix.* « American Journ. of med. Sc. », oct. 1886, p. 321, et « Boston med. and. surg. Journal », mai 1888.

(2) Matterstock. — Art. *Perityphlitis.* « Handb. der Kinderkrankheiten » de Gerhardt, t. IV, Tubingen, 1880.

(3) Kümmel (H.) — *Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des Processus vermiformis.* « Archiv. f. klin. Chirurg. », 1890, t. XL, p. 618.

Sonnenburg [1] en Allemagne, à Macdougall [2] en Angleterre, à With [3] en Danemark, à Roux [4] (de Lausanne) en Suisse, à Talamon [5] en France et à bien d'autres que revient l'honneur d'avoir contribué à faire disparaître du cadre nosologique l'ancienne typhlite et de lui avoir substitué l'appendicite.

Il faudrait un volume entier pour énumérer les travaux parus dans ces quinze dernières an-

---

(1) Sonnenburg (E.). — *Pathologie u. Therapie der Perityphlitis.* « Deutsche Zeitschr. f. Chir. », 1893-1894, t. XXXVIII, p. 155.

(2) Macdougall (J. A.). — *On perforation of the vermiform appendix in its relation with attacks of perityphlitis.* « The Lancet », 22 septembre 1888.

(3) With (C. E.). — *De la péritonite appendiculaire. Trente observations*, Copenhague, 1879. — *Pathogénie et traitement des inflammations de la fosse iliaque droite.* Broch, 116 pp. Copenhague, 1889.

(4) Roux. — *Traitement chirurgical de la périty-phlite suppurée.* « Revue médicale de la Suisse normande », 1890, t. X, avril-mai 1890, pp 201 et 289. — Du même, *même titre* (*nouvelle contribution*) « même recueil », t. XI et XII, sept., oct. et nov. 1891. pp. 505, 569 et 581 ; janv. 1892, p. 4.

(5) Talamon (Ch.). — *Typhlite aiguë perforante.* « Bull. Soc. anat. », mars 1882. — *Colique appendiculaire, ibid.*, oct. 1890. — *Appendicite et périty-phlite, ibid*, nov. 1890 et Bibliothèque Charcot-Debove, 1892. — *Appendicite et périty-phlite.* « Médecine moderne », juin 1896

nées sur la question et les nombreuses discussions auxquelles elle a donné lieu au sein des diverses sociétés savantes, françaises et étrangères (1).

De l'ensemble de ces documents se dégage l'impression que, d'un avis presque unanime, les troubles morbides tout à fait spéciaux, localisés à la fosse iliaque droite, que nous aurons à décrire, ne doivent pas être rapportés à l'inflammation du cœcum, mais bien à celle de l'appendice. Certains symptômes, considérés comme caractéristiques de la typhlite (douleurs, boudin cœcal), appartiennent en réalité à l'appendicite, puisque dans tous les cas de ce genre où l'on s'est décidé à intervenir l'appendice était malade. D'autre part, la guérison survenue en pareille circonstance, sans opération, ne parle pas plus en faveur de la typhlite que de l'appendicite, puisque celle-ci, comme nous le verrons, peut se terminer par résolution. Le mode de début de l'ancienne typhlite, qui serait habi-

(1) Pour faciliter les recherches, nous rappellerons que les principales de ces discussions, en France, ont eu lieu à la *Société de Chirurgie* en 1890, 92, 93, 94, 95 et 96, à la *Société médicale des Hôpitaux* en 1894, 96 et 97, et, tout récemment, à l'*Académie de Médecine*, en 1896 et 1897 (V. les tables des *Bulletins* de ces Sociétés aux années correspondantes).

tuellement lent, ne peut davantage être opposé à celui de l'appendicite qui n'est pas nécessairement brusque.

Restent les cas où, à l'autopsie des sujets morts à la suite des accidents que nous avons en vue, le cœcum aurait été trouvé malade et l'appendice sain. Ces cas sont extrêmement rares et, nous ajouterons, contestables. Souvent, en effet, l'examen *post mortem* a été incomplet, ou bien il a été fait trop longtemps après la terminaison de la crise, alors que les lésions appendiculaires avaient disparu ou étaient difficilement appréciables.

Est-ce à dire que le cœcum ne puisse être atteint de lésions inflammatoires? Certes non. Il suffirait, pour établir l'existence de celles-ci, de rappeler les ulcérations dont cette partie de l'intestin est le siège dans la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose, la syphilis même. Mais ces faits ne sont pas en cause. Nous n'envisageons que ceux où l'affection a revêtu les caractères de la typhlite des anciens ou de l'appendicite des modernes. Or, même dans ces cas, il est commun de trouver, à côté de l'appendice malade, des lésions inflammatoires du cœcum.

Mais, d'abord, ces lésions sont rarement localisées ; ce sont des lésions d'entéro-colite éten-

dues à une plus ou moins grande partie de l'intestin. De plus, alors même qu'elles seraient limitées au cœcum, nous contestons qu'elles puissent donner lieu aux accidents si spéciaux et si caractéristiques que nous mettons au compte de l'appendicite. Pourquoi, en effet, l'inflammation du cœcum aurait-elle une symptomatologie différente de celle des autres parties de l'intestin et une gravité plus considérable ? N'est-il pas plus rationnel d'admettre que symptomatologie et gravité ressortissent plutôt à la lésion d'un organe dont la constitution anatomique et la physiologie sont, elles aussi, spéciales? et cela d'autant mieux que cette lésion ne peut plus être contestée.

Mais voici mieux. Loin de nier les lésions inflammatoires du cœcum ou des autres parties de l'intestin, la plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui à leur attribuer dans la pathogénie de l'appendicite un rôle considérable. On admet volontiers que ces lésions précèdent l'appendicite et la provoquent. Ce ne sont pas elles cependant qui déterminent l'apparition des accidents. Pour que ceux-ci éclatent, il faut que les lésions appendiculaires soient constituées.

Sur ces bases, l'accord ne pourrait-il se faire entre les partisans attardés de la typhlite et les

fervents de l'appendicite? Les lésions de la typhlite existent; il est possible qu'elles contribuent à donner une physionomie particulière à certaines formes de l'affection. Mais, lorsque celle-ci se présente avec ses caractères typiques, c'est en définitive à l'appendicite que, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, il faut donner le premier rang.

C'est donc l'histoire de l'*Appendicite* que nous entreprenons d'écrire. Nous espérons faire là œuvre utile, à une époque où le grand nombre des travaux publiés, les opinions diverses et souvent contradictoires qui se sont fait jour sur beaucoup de points, rendent l'étude des accidents liés à l'inflammation de l'appendice complexe et difficile.

Nous aurons, au cours de ce travail, à citer nombre d'auteurs qui se sont occupés de certains points spéciaux relatifs à l'appendicite et à son traitement. Nous nous contenterons de rappeler ici les principaux travaux d'ensemble consacrés dans ces dernières années à l'étude de la question :

Matterstock. — Art. *Perityphlitis* « Handbuch der Kinder-Krankheiten » de Gerhardt, t. IV, Tubingen, 1880.

Pravaz (J.). — *De la périty ph'ite et de son traitement.* « Thèse de Lyon », 1888.

MAURIN (E.). — *Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire*. « Thèse de Paris », 1890.

JALAGUIER (A.). — *Typhlite et appendicite*. « Traité de Chirurgie » de Duplay et Reclus, t. VI, p. 501, Paris, 1892 (une nouvelle édition de cet article est sous presse).

TALAMON (Ch.). — *Appendicite et Périty phlite*. Bibliothèque Charcot-Debove. Paris, 1892.

FOWLER (G. R.). — *A treatise on appendicitis*. Philadelphie, 1894.

SONNENBURG (E.). — *Pathologie u. Therapie der Perity phlitis*. « Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie », 1893-94, t. XXXVIII, p. 155.

JAYLE (F.). — *De l'appendicite*. « Presse médicale », 1895.

Mlle GORDON. — *De l'appendicite chez l'enfant*. « Thèse de Paris, » 1896.

LEGUEU (F.). — *L'appendicite*. L'œuvre médico-chirurgicale. Suite de monographies cliniques, Paris, Masson, 1897, n° 1.

BRUN (F.). — *Appendicite*. « Traité des maladies de l'enfance » de Grancher, Comby et Marfan, t. III, p. 105. juillet, 1897.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

—

Les lésions peuvent être localisées à l'appendice. Le plus souvent elles sont propagées aux parties voisines et, en particulier, au péritoine. Nous décrirons successivement les lésions de l'appendice, celles du péritoine et, enfin, celles du tissu cellulaire sous-péritonéal qui sont plus rares.

APPENDICITE AIGUË

1. Lésions de l'appendice. A. Lésions macroscopiques. — Ces lésions se présentent à des degrés divers d'intensité.

Configuration extérieure. — Au début de l'affection, l'appendice est libre ; mais il n'en est pas longtemps ainsi. L'inflammation se propageant au péritoine, il en résulte rapidement la formation d'adhérences appendiculo-intestinales

ou appendiculo-pariétales qui constituent les lésions péri-appendiculaires, dont il sera question plus loin.

Quand l'appendice plonge dans le bassin, il peut adhérer au rectum, à la vessie, à l'utérus.

Tandis que l'appendice sain est un organe mou, l'appendice malade est turgide, comme en érection. Son volume, parfois normal, peut atteindre celui du petit doigt. Tantôt cette augmentation de volume porte sur toute la longueur de l'organe qui conserve alors une forme cylindrique ; tantôt elle est limitée à son extrémité libre. Dans d'autres cas, enfin, il est le siège d'une série de renflements séparés par des étranglements.

L'appendice présente à sa surface des lésions évidentes qui peuvent se borner à une vascularisation exagérée, qui, d'autres fois, sont plus profondes (ulcération, sphacèle limité), mais ne comprenant pas encore toute l'épaisseur des parois. Parmi les plus remarquables, nous signalerons des plaques irrégulières, souvent étendues, d'aspect gangréneux, rappelant la disposition habituelle aux eschares typiques des lymphangites gangréneuses de la peau (Brun).

La paroi de l'appendice peut enfin être complètement perforée. Ces perforations ne sont pas

constantes. Quand elles existent, elles occupent ordinairement l'extrémité libre du vermium ou son voisinage. On les a cependant notées sur toutes les parties de l'organe et même au niveau de son insertion sur le cœcum. Leur siège ne correspond pas nécessairement à celui du corps étranger que renferme fréquemment l'appendice. Souvent la perforation existe entre le corps étranger et l'extrémité de l'organe ; on l'a vue occuper la portion initiale d'un appendice, renfermant un calcul situé dans son extrémité libre.

La perforation est ordinairement unique. Son étendue est très variable : dans certains cas, elle est à peine visible ; dans d'autres, elle est constituée par une perte de substance circulaire qui a déterminé une amputation spontanée de l'appendice.

Habituellement la perforation est arrondie, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois. Ses lèvres ont presque toujours un aspect gangréneux montrant bien qu'elle a été déterminée par la chute d'une eschare. Mais toutes les perforations ne reconnaissent pas cette genèse et il en existe sans trace de sphacèle.

La mortification des parois peut s'étendre à tout l'appendice (gangrène totale).

Cavité de l'appendice et lésions de la muqueuse. — La cavité de l'appendice, parfois normale, est, dans d'autres cas, dilatée tantôt dans toute son étendue, tantôt au niveau de son extrémité libre seulement, tantôt, enfin, en plusieurs points.

L'appendice peut être perméable dans toute sa longueur, ainsi qu'à son orifice de communication avec le cœcum. Dans un second ordre de faits, il existe, au niveau de l'orifice appendiculo-cœcal ou dans l'intérieur de l'appendice, entre les parties dilatées, un ou plusieurs points rétrécis qui ne laissent parfois passer qu'une tige fine. Ces rétrécissements sont, dans certains cas, infranchissables au stylet ; on ne parvient pas à faire refluer par la pression le liquide que contient la portion dilatée dans le segment situé au-dessus ou dans le cœcum.

Le rétrécissement est souvent dû à la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse.

Dans d'autres cas, il est fibreux : à la suite d'une appendicite antérieure s'est formé, dans l'épaisseur des parois du canal, un tissu ferme, résistant, qui en diminue la lumière. Peut-être, dans ces rétrécissements fibreux, y aurait-il à distinguer, comme dans l'urèthre, au point de vue pathogénique, des rétrécissements par cica-

trisation d'une ulcération ou par formation de tissu inodulaire sous-muqueux.

Troisièmement, enfin, l'agent du rétrécissement peut être extérieur : coudures et torsions de l'appendice, acquises ou congénitales ; brides péritonéales comprimant l'organe, ordinairement consécutives à une péri-appendicite antérieure.

La muqueuse qui tapisse cette cavité est rarement saine. Elle est habituellement tomenteuse, turgide, plus ou moins infiltrée de produits inflammatoires. Cette infiltration peut gagner les couches sous-jacentes qui sont épaissies et renferment parfois de petits foyers purulents. La muqueuse peut, en outre, être le siège de petites ulcérations superficielles.

Contenu de l'appendice. — L'appendice enflammé renferme toujours du liquide, mais en quantité très variable. Ce liquide peut être purulent, muco-purulent, stercoral, sanieux, sanguinolent.

Il est rare qu'on ne trouve pas dans l'appendice un corps étranger ou calcul appendiculaire. Exceptionnellement, il en existe deux, trois et même davantage. D'après Talamon, la présence de calculs serait notée dans près des deux tiers des cas d'appendicite.

Le calcul est ordinairement libre dans la ca-

vité de l'appendice. Parfois il s'est échappé à travers une perforation de la paroi, et on le retrouve dans le pus de l'abcès qui entoure l'organe ou dans la grande cavité péritonéale.

Ces corps étrangers ou calculs ont une double origine : les uns viennent du dehors, pépins de fruits, noyaux de cerise, de prune (?), plus rarement arêtes de poisson, fragments d'os, épingles, etc. ; les autres, beaucoup plus fréquents, ont pris naissance dans l'économie. Parmi ces derniers, on range les calculs biliaires, les concrétions fécales (entérolithes) qui, chez les sujets habituellement constipés, séjournent dans le cœcum et peuvent être poussées dans l'appendice par une contraction musculaire ou un traumatisme. Mais, comme l'ont bien montré les travaux récents, ce n'est pas là l'origine ordinaire des concrétions stercorales qu'on trouve si fréquemment dans le vermium. La plupart de ces calculs, en effet, sont autochthones, formés dans l'appendice lui-même. Ils ont été bien étudiés par Rochaz [1] qui a publié l'étude très soignée de soixante-cinq calculs de la collection de Roux.

---

[1] Rochaz (G.) — *Les calculs appendiculaires.* « Revue médicale de la Suisse romande », 1894, p. 637, et « Thèse de Lausanne », 1895.

Ces corps, de coloration brunâtre et de forme allongée, ayant l'aspect de crottins de lapin (Talamon), comparés par d'autres auteurs à des grains de café, noyaux de dattes, grains de blé, haricots, etc., sont d'ordinaire peu volumineux ; cependant on en a rencontré de très gros, atteignant et même dépassant les dimensions d'un noyau de prune. Il est certain que, dans ce dernier cas, la concrétion ne provient pas du cœcum ; elle a dû nécessairement se développer dans l'appendice.

Les éléments principaux qui constituent ces calculs, agglutinés par le mucus que sécrètent abondamment les glandes de l'appendice, sont : 1° de la matière organique stercorale, brunâtre ; 2° des sels minéraux calcaires (phosphate et carbonate de chaux) ou parfois des sels de magnésie, des chlorures, des sulfates, très rarement de la cholestérine.

La consistance des calculs stercoraux est variable suivant qu'il y a prédominance des matières organiques ou des matières minérales ; les uns sont donc mous et friables, les autres sont durs, de consistance parfois pierreuse ; on trouve d'ailleurs, à ce point de vue, tous les degrés intermédiaires.

Lorsqu'on examine ces concrétions sur une sec-

tion transversale, on peut constater qu'elles sont généralement composées de couches stratifiées, témoignant de leur développement lent et graduel, par un mécanisme semblable à celui qui préside à l'accroissement des calculs biliaires ou urinaires. Aussi, M. Dieulafoy a-t-il proposé d'admettre une véritable *lithiase appendiculaire,* tout à fait analogue à la lithiase biliaire ou urinaire.

Bien que la présence de calculs appendiculaires soit très fréquente, elle n'est pas, nous l'avons dit, constante. L'appendicite non calculeuse était niée il y a quelques années ; on expliquait l'absence de calcul, soit par son retour dans le cœcum, soit par sa dissolution dans le liquide de l'appendice. De nombreuses observations plus récentes ont montré que l'appendicite pouvait se développer en l'absence de tout corps étranger.

B. Lésions histologiques. — Les lésions histologiques de l'appendicite ne diffèrent pas notablement, que l'affection soit aiguë ou chronique, ou du moins n'existe-t-il entre les altérations que le microscope permet de découvrir qu'une différence de degré ou d'intensité. Nous les étudierons dans leur ensemble plus loin, à la suite de l'appendicite chronique.

2. Lésions du péritoine. — Ces lésions se présentent sous divers aspects qui répondent aux degrés de l'affection. Nous étudierons successivement la péritonite localisée, plastique ou suppurée, et la péritonite généralisée.

A. Péritonite localisée (péri-appendicite) plastique, fibrineuse ou adhésive [1]. — Tout à fait au début, les lésions péritonéales peuvent manquer ou se borner à une simple injection de la séreuse péri-appendiculaire, avec quelques petites taches ecchymotiques disséminées. Le plus souvent, de très bonne heure, à cette vascularisation se joignent des exsudats plastiques plus ou moins abondants.

L'inflammation est rarement localisée au péritoine appendiculaire ; elle s'étend au péritoine du cœcum, des anses grêles voisines, de la fosse iliaque, de la paroi abdominale et même à l'épiploon. Il en résulte la production d'adhérences qui unissent l'appendice à ces organes.

---

(1) La péri-appendicite est l'inflammation du péritoine de la région appendiculaire. A cette dénomination, basée sur la pathogénie et l'anatomie pathologique, on préfère souvent celle de « périty phlite ». Il nous semble mieux d'écarter ce dernier terme qui ne sert qu'à perpétuer une erreur pathogénique et de lui substituer celui de « péri-appendicite », tout en reconnaissant, comme nous le verrons, que les lésions s'étendent souvent autour du cœcum.

Ces adhérences peuvent masquer le diverticule ou entraîner des changements dans sa situation et sa direction, et rendre ainsi, au moment de l'intervention, sa découverte difficile et quelquefois dangereuse. Même en l'absence de perforation, on trouve, du deuxième au troisième jour de l'affection, des adhérences molles entre l'appendice et les parties environnantes.

Entre les anses intestinales agglutinées se voit un peu de sérosité louche, parfois fétide, qui rarement forme une petite collection séreuse péri-appendiculaire.

D'après Roux, cette période peut durer un, deux, trois jours, après lesquels la résolution est possible. Beaucoup d'auteurs estiment qu'on peut encore l'observer au bout de cinq à six jours.

B. Péritonite (péri-appendicite) suppurée circonscrite (abcès péritonéal). — La présence de pus dans les fausses membranes qui entourent l'appendice est ordinairement consécutive à une perforation appendiculaire au niveau d'adhérences préalablement formées. Plus rarement l'abcès péri-appendiculaire s'est développé sans qu'il y ait eu perforation de l'appendice.

La collection a des sièges très variés qui dépendent de la situation de l'appendice, comme nous le verrons plus loin.

Elle est ordinairement unique. Cependant il n'est pas rare d'observer, à côté du foyer péri-appendiculaire, un second foyer intra-péritonéal, qui communique avec le premier par un orifice étroit ou peut même en être complètement séparé. C'est ainsi qu'on a souvent noté la coexistence d'un abcès pelvien et d'un abcès péri-appendiculaire iliaque.

Le volume du foyer purulent est très variable. Parfois il ne renferme que quelques gouttes de pus qu'on a peine à découvrir au sein des fausses membranes qui le circonscrivent. Il peut, au contraire, contenir plus d'un litre de liquide. Ce sont ces dernières formes qu'il est facile de confondre avec une péritonite généralisée, surtout au moment de l'intervention.

La quantité de pus qui s'écoule pendant l'opération n'est jamais, suivant la remarque de M. Brun, en rapport avec le volume apparent de la tuméfaction, ce volume étant surtout dû aux exsudats périphériques.

La paroi de la collection est constituée par des adhérences dont la résistance dépend de l'ancienneté de l'affection. L'appendice est accolé intimement à cette paroi, dont il est souvent impossible de le distinguer. Plus rarement, suspendu au cæcum, il pend, libre, dans la cavité de l'abcès.

Le contenu est un liquide séro-purulent, plus souvent franchement purulent. Ce pus, d'odeur très fétide, renferme fréquemment des gaz, des corps étrangers qui ont émigré de l'appendice à travers une perforation, des lambeaux sphacélés provenant de la gangrène des parois de l'appendice. On y a même trouvé tout l'appendice amputé spontanément.

Le pus est d'une extrême richesse microbienne. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

C. Péritonite généralisée. — La péritonite généralisée peut se développer de trois façons ;

1° par perforation de l'appendice, produite rapidement, avant que des adhérences suffisamment solides aient préparé une cavité close pour recevoir le liquide septique d'origine appendiculaire. En ce cas, la péritonite est *généralisée d'emblée*. Contrairement à ce qui a été dit, il n'est pas absolument nécessaire, pour que la péritonite se produise, qu'il y ait perforation : les microbes peuvent migrer à travers les parois enflammées de l'appendice pour provoquer une infection localisée ou généralisée du péritoine ;

2° par rupture d'un abcès péri-appendiculaire dans la grande cavité péritonéale ;

3° par propagation de l'infection d'un abcès péri-appendiculaire à la séreuse péritonéale,

sans perforation de cet abcès. Cette éventualité est tout à fait exceptionnelle.

Suivant les lésions observées, on a distingué plusieurs types de péritonite généralisée :

a) *Péritonite généralisée non suppurée*, avec suppuration enkystée péri-appendiculaire. Cette forme semble rare.

b) *Péritonite purulente généralisée*, caractérisée par la présence, dans la cavité péritonéale, d'une quantité de pus plus ou moins considérable. Elle présente deux variétés anatomiques : 1° *La péritonite suppurée sans adhérences*, dans laquelle on trouve le pus généralement en grande abondance, occupant tout l'abdomen sans fausses membranes pour l'enkyster ; les anses intestinales sont très distendues et tapissées d'un enduit fibrineux ; 2° *La péritonite suppurée avec adhérences* : des adhérences plus ou moins résistantes relient entre elles les anses intestinales, et circonscrivent des collections purulentes, absolument indépendantes les unes des autres. — On comprend qu'il soit parfois difficile de distinguer cette forme de la *péritonite enkystée à foyers multiples* décrite par M. Nélaton [1].

---

[1] Nélaton (Ch.). — *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 568.

c) *Péritonite septique diffuse* (septicémie péritonéale, intoxication péritonéale). — Elle ne présente, à vrai dire, aucune lésion caractéristique. A l'ouverture du péritoine, on trouve non du pus, comme dans les cas précédents, mais un liquide louche, sanieux, fétide, ayant l'aspect de bouillon sale (Jalaguier), accumulé dans les flancs et le bassin ; les anses intestinales sont à peine vascularisées et légèrement distendues ; il n'y a pas d'adhérences, pas de fausses membranes.

3. Lésions du tissu cellulaire sous-péritonéal (para-appendicite) [1]. — L'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque droite était considérée autrefois comme fréquente à la suite de la perforation du cœcum au niveau du mésocœcum. On envisage aujourd'hui les choses autrement.

Nous avons, en effet, montré que les lésions, dans les cas qui nous occupent, sont habituellement appendiculaires et non cœcales ; et, d'autre part, fussent-elles cœcales, le mésocum n'exis-

---

[1] La raison qui nous a fait proposer de remplacer le terme de pérityphlite par celui de péri-appendicite nous engage à dire ici « para-appendicite » plutôt que « para-typhlite ».

tant pas, elles n'auraient aucune tendance spéciale à se propager au tissu cellulaire sous-séreux.

L'inflammation du tissu cellulaire, quand elle se produit, doit donc être considérée comme d'origine appendiculaire.

Elle est rare d'ailleurs, puisque, comme nous l'avons vu, l'appendice, au début du mal, est ordinairement libre dans le péritoine ; aussi, les lésions de voisinage que l'appendicite peut déterminer seront-elles plutôt intra que sous-péritonéales (*péri* plutôt que *para*-appendicite).

Cependant la para-appendicite existe. Elle est habituellement secondaire, en ce sens qu'elle succède à l'ouverture d'une collection primitivement contenue dans la séreuse ou à une simple propagation de l'inflammation péritonéale.

Elle est dite primitive, si elle peut être rattachée directement à l'inflammation de l'appendice, sans participation du péritoine. On pourrait expliquer cette propagation directe de l'inflammation par l'existence d'un méso-appendice inséré au niveau de la fosse iliaque au lieu de se continuer, comme normalement, avec le mésentère. Plus souvent, peut-être, l'appendice, adhérant sur une grande étendue au péritoine pariétal de la paroi abdominale ou de la fosse iliaque, se perfore au niveau de ces adhérences ;

l'inflammation respecte alors la grande cavité péritonéale et gagne le tissu cellulaire sous-séreux.

Enfin, la para-appendicite peut succéder à une lymphangite et à une adénite appendiculaire, c'est-à-dire à l'inflammation des lymphatiques et du ganglion décrits par M. Clado [1] entre les lames du méso-appendice.

Quoi qu'il en soit du mode de formation de l'abcès, on comprend, étant donné le siège occupé par le pus, qu'il soit possible d'ouvrir de telles collections sans pénétrer dans le péritoine. Mais nous répétons que ces faits sont rares ; la règle est que l'abcès d'origine appendiculaire siège dans le péritoine et non dans le tissu cellulaire sous-séreux. Il est vrai que, le plus souvent, grâce aux adhérences, la collection peut, en réalité, être considérée comme extra-péritonéale.

4. Évolution des lésions. — Les lésions appendiculaires et péri-appendiculaires que nous venons d'étudier peuvent se combiner de différentes façons et se présenter ainsi sous diverses

---

(1) Clado. — *Appendice cæcal.* « Mémoires de la Soc. de Biologie » 1892, p. 142.

formes dont on a inutilement multiplié le nombre. On a décrit des formes *non perforantes*, *perforantes*, *gangréneuses*, *calculeuses*, *non calculeuses*, etc.

Nous préférons la classification suivante qui repose sur des caractères anatomiques et cliniques importants et qui est généralement adoptée.

Les différentes formes que nous distinguerons ne sont que les divers stades auxquels peut s'arrêter la lésion, ou qu'elle parcourt successivement pour aboutir au stade terminal (péritonite généralisée).

1° *Appendicite simple*, c'est-à-dire inflammation des parois de l'appendice avec rétention plus ou moins complète de liquide septique dans l'intérieur de l'organe. L'inflammation n'est pas seulement localisée à la muqueuse, mais elle atteint toutes les tuniques, d'où la dénomination d'*appendicite pariétale* sous laquelle on la désigne encore.

Au point de vue anatomique, il est bien rare que ces lésions soient ainsi localisées à l'appendice, car presque toujours il y a un retentissement plus ou moins intense de l'inflammation sur le péritoine, d'où la production de quelques fausses membranes et adhérences péri-appendiculaires.

Il n'y a pour ainsi dire pas d'appendicite sans péri-appendicite (Talamon).

Selon la présence ou l'absence de calculs dans l'appendice enflammé, on a décrit l'appendicite *calculeuse* et l'appendicite *non calculeuse* division beaucoup moins importante qu'on ne le croyait à l'époque où on attribuait au corps étranger un rôle prépondérant qu'il ne possède pas.

2° *Appendicite avec péri-appendicite plastique* — Comme nous venons de le voir, cette forme ne doit pas être séparée de la précédente, au point de vue anatomique du moins.

A la suite d'une attaque d'appendicite simple ou avec péri-appendicite plastique, la guérison complète est possible et même fréquente. A l'autopsie de sujets atteints autrefois d'appendicite, on a pu trouver l'appendice absolument sain et libre.

Plus habituellement persistent au niveau de l'appendice ou autour de lui des lésions, rétrécissements, coudures, brides, adhérences, etc., dont le rôle est parfois favorable, plus souvent funeste. Nous aurons occasion, en étudiant l'appendicite chronique, de revenir sur ces faits.

3° *Appendicite avec péri-appendicite suppurée circonscrite.* — Que l'appendicite soit ou ne

soit pas perforante, le point capital est la présence du pus au voisinage de l'appendice. Il peut manquer cependant, bien que l'on soit en droit d'affirmer qu'il y a eu péri-appendicite suppurée. Il n'est pas douteux, en effet, comme Renvers (1) et Roux (2) l'ont parfaitement démontré, que la disparition de certains petits foyers péri-appendiculaires par résorption est possible. Cette résorption se produirait même plus souvent qu'on ne le pense. Roux la croit aussi fréquente que l'ouverture de l'abcès dans l'intestin dans les cas qui guérissent spontanément. Il l'a observée à tous les moments, depuis le simple épaississement du pus jusqu'à la caséification et la calcification.

La guérison pourrait-elle aussi être due, comme le soutient Sahli (3), au drainage de l'abcès péri-appendiculaire par l'appendice lui-même? C'est peu probable (Roux).

---

(1) Renvers. — Discussion à la *Société de médecine interne de Berlin*, séance du 23 janvier 1891. « Berlin. klin. Wochensch. » 16 mars 1891, p. 293.

(2) Roux. — *Remarques sur une nouvelle série d'appendicites opérées à froid.* « Congrès de chirurgie », 1895, p. 251.

(3) Sahli. — *Pathologie et traitement de la périty-phlite.* « Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aertzte », 15 septembre et 1er octobre 1895.

Lorsque le pus ne se résorbe pas, il tend à se faire jour dans un organe voisin, dans le péritoine ou au dehors.

L'ouverture dans l'intestin se produit ordinairement au niveau d'une anse grêle, parfois dans le cœcum [1], assez fréquemment dans le rectum. On est étonné de voir avec quelle rapidité ces perforations guérissent spontanément, malgré la crainte de réinfection permanente qui hante l'esprit de tous les auteurs.

Plus rarement l'abcès s'ouvre dans la vessie, le vagin, l'artère iliaque, le thorax, etc.

La rupture de la collection dans la grande cavité péritonéale, avec péritonite généralisée consécutive, est moins fréquente qu'on ne l'a dit. D'après M. Jalaguier, elle serait infiniment rare [2]. Bull ne la note que huit fois sur soixante-sept cas d'ouverture spontanée dans un relevé

---

(1) Il résulte de là de véritables perforations du cœcum, parfois considérables, qui, pour nous, se sont produites de dehors en dedans et sont, par conséquent, secondaires à l'appendicite. Ces faits sont cependant invoqués par les auteurs qui défendent encore la typhlite primitive. Il est à noter, à cet égard, que ces perforations cœcales ne s'observent guère que chez des sujets chez lesquels la gravité de l'affection a été méconnue et l'intervention tardive (Brun).

(2) Jalaguier (A.) — *Comm. orale.*

que nous donnons ci-dessous d'après Paulier [1].

Enfin le pus, se dirigeant vers l'extérieur, peut soulever la paroi abdominale et perforer la peau au-dessus du pli de l'aine, ou en un point quelconque de la fosse iliaque, plutôt en dehors qu'en dedans; parfois à l'ombilic ou même dans la région lombaire.

Il est à remarquer qu'après l'ouverture simple, spontanée et surtout chirurgicale des abcès péri-appendiculaires, les lésions de l'appendice, laissé en place, peuvent se transformer de façon à amener la guérison de l'affection. La cavité

---

(1) Paulier (A.) — *Contribution à l'étude de la typhlite et de la périty phlite.* « Thèse de Paris », 1875. La statistique de Bull est extraite d'une note lue par J. Gouley, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à la *Société médicale de l'État de New-York*, le 3 janvier 1875.

Sur soixante-sept cas de périty phlite terminés spontanément, Bull a relevé :

Ouverture à l'extérieur	28	cas
// dans le cœcum	15	//
// dans la cavité péritonéale	8	//
// dans le rectum	2	//
// dans la cavité thoracique	2	//
// dans la vessie	2	//
// dans l'artère iliaque interne	2	//
Par péritonite chronique	1	//
Par pyohémie	6	//
Cause mal déterminée	1	//

appendiculaire, comme nous le verrons plus loin, s'oblitère progressivement et l'organe tout entier s'atrophie par suite d'une véritable sclérose interstitielle. On s'explique ainsi la fermeture spontanée des fistules stercorales si fréquentes après l'ouverture chirurgicale des abcès péri-appendiculaires.

Il peut arriver, enfin, que la collection ne s'ouvre ni en dehors ni en dedans. C'est dans ces cas, et lorsque l'affection est abandonnée à elle-même, que l'on trouve à l'autopsie ces lésions étendues qui constituent une des formes des abcès de la fosse iliaque des auteurs, rarement observés aujourd'hui. Le psoas et l'iliaque, ramollis, noirâtres, forment une des parois du foyer ; les vaisseaux et nerfs dénudés baignent dans le pus.

Il est souvent difficile alors de distinguer le point de départ du mal. A ces lésions, s'il s'agit d'appendicite, se joignent presque toujours celles de la péritonite purulente.

4° *Appendicite avec péritonite généralisée.* — Nous avons vu que la forme sous laquelle la péritonite se présente varie suivant les cas : péritonite généralisée non suppurée ; péritonite purulente généralisée avec ou sans adhérences ; péritonite septique.

5. Formes topographiques de l'appendicite. — Le cœcum, lieu d'origine de l'appendice, est ordinairement situé dans la fosse iliaque droite ; mais, arrêté ou troublé dans sa migration, il occupe parfois d'autres points de la cavité abdominale. D'autre part, on sait combien sont variables la direction et le siège de l'appendice. Il est habituellement *sous-cœcal*, et pend, légèrement incliné à gauche, au-dessous du cœcum. Mais il peut aussi être *pré-cœcal*, et, en se recourbant en haut et en avant, passer verticalement ou transversalement devant le cœcum ; *rétro-cœcal*, et se recourber en haut et en arrière pour remonter derrière le cœcum ; *latéro-cœcal*, et contourner la face latérale droite du cœcum ou se porter à gauche et longer la partie terminale de l'iléon.

De ces différences dans la situation de l'organe lésé résulte une nouvelle complexité d'aspect anatomique et clinique.

Gerster [1] a admis cinq types principaux qui répondent assez exactement aux principales variétés topographiques de l'appendicite : 1° *abcès ilio-inguinal*, situé derrière la paroi abdominale,

---

[1] Gerster (A. G.). — *Essay upon the classification of the various forms of appendicitis and perityphlitic abscess, with practical conclusions.* « New-York med. Journ. », 1890. t. LII, p. 6.

un peu au-dessus du pli de l'aine ; 2° *antérieur*, qui repose sur la face antérieure du cœcum et évolue vers l'ombilic ; 3° *postérieur* ou *rétro-cœcal*, qui se dirige vers la fosse lombaire et simule un abcès péri-néphrétique ; 4° *rectal* ou *prérectal* ou *pelvien*, qui se développe dans le pelvis, entre le rectum et la vessie ou le vagin, autour d'un appendice plongeant dans le bassin ; 5° *mésocœliaque*, développé en dedans du cœcum et limité de tous côtés par des anses intestinales, unies les unes aux autres par des adhérences. Parmi toutes ces variétés, les abcès ilio-inguinal et rétro-cœcal se rencontrent le plus fréquemment.

Ces formes pourraient être facilement multipliées et subdivisées. C'est ainsi qu'on a observé des appendicites développées dans la fosse iliaque ou l'hypochondre gauches, où l'appendice se trouve parfois. L'un de nous a pu facilement en réunir dix-huit cas (1).

L'*appendicite herniaire* (*scrotale*, *crurale* ou *ombilicale*) est une forme toute spéciale et assez rare. Elle atteint un appendice situé au niveau de l'orifice péritonéal d'un sac herniaire inguinal,

(1) TERMET (A.) et VANVERTS (J.) — *De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite.* « Gazette des Hôpitaux », 9, 11, 16 et 20 mars 1897.

crural ou ombilical, ou dans le sac lui-même. Dans ce dernier cas, il s'y trouve seul ou avec des anses intestinales ou l'épiploon ; parfois il adhère au testicule qui l'a entraîné dans sa migration.

APPENDICITE CHRONIQUE

Nous verrons, en étudiant la symptomatologie de l'affection, qu'après une attaque d'appendicite terminée par la guérison spontanée peuvent persister des troubles divers, qui parfois se bornent à une douleur permanente ou revenant à intervalles plus ou moins éloignés, qui plus souvent ont l'allure et la portée d'une nouvelle crise appendiculaire.

A ces troubles correspondent un certain nombre de lésions qui appartiennent à *l'appendicite chronique*. Les ablations d'appendices faites *à froid* ont permis d'en déterminer assez exactement la nature.

Il arrive cependant que l'appendice enlevé, point de départ des crises douloureuses, ne présente aucune lésion apparente ; il est libre en battant de cloche dans la fosse iliaque, sans aucune adhérence ; sa cavité ne paraît pas dilatée ; ses parois sont saines, du moins à l'examen macroscopique. Il faut le microscope pour déceler,

en pareil cas, et à leur moindre degré, dans la muqueuse les altérations qui seront décrites plus loin ([1]).

En général, il existe des lésions évidentes, même à l'œil nu. Ce sont celles d'une inflammation chronique portant sur l'appendice et souvent aussi sur le revêtement péritonéal.

L'appendice est augmenté de volume, sa paroi est indurée et hypertrophiée. Sa cavité, parfois normale, est souvent dilatée et renferme du pus ou du muco-pus, parfois un liquide séreux (transformation kystique de l'appendice); elle

---

([3]) Nous devons dire cependant que, dans un cas personnel, l'appendice enlevé à froid ne présentait, à l'œil nu, d'autre modification appréciable qu'un très notable excès de longueur ; à peine reconnaissait-on une légère vascularisation superficielle, trace probable des crises antérieures qui avaient motivé l'intervention ; l'examen microscopique de la paroi ne révéla aucune lésion ; l'examen bactériologique fut également négatif.

C'est dans les cas de ce genre, où manquent, de plus, tout corps étranger et toute occlusion de la cavité, que l'on peut poser la question de colique appendiculaire *sine materia*. Nous reviendrons plus tard sur ce point. Nous ajouterons seulement ici que le malade, qui est de notre parenté et qui a pu être suivi de très près, a été, de par l'opération, complètement délivré de ses crises douloureuses, mises, par conséquent, non sans raison, au compte de son appendice.

peut aussi contenir un corps étranger ou des concrétions stercorales.

L'appendice lui-même est plus ou moins adhérent aux parties voisines; il peut être fléchi, coudé sur lui-même et fixé dans cette situation par les adhérences.

Dans d'autres cas très fréquents, l'appendice n'est pas dilaté; sa cavité est, au contraire, rétrécie par des étranglements plus ou moins serrés. L'oblitération peut être totale; en ce cas, l'appendice a la forme d'un cordon fibreux, plein, dur (*appendicite oblitérante* de Senn).

Parfois cette oblitération, tout en étant totale, n'occupe pas toute la hauteur du diverticule. Elle siège alors ordinairement dans le segment qui avoisine le cœcum, la partie sous-jacente se dilatant au point d'en devenir méconnaissable (Jalaguier).

Ces diverses dispositions peuvent rendre difficile la découverte de l'appendice ; d'autant plus que les lésions péri-appendiculaires sont alors très accentuées ; l'appendice se trouve en quelque sorte perdu au milieu d'adhérences nombreuses et très résistantes.

Enfin, dans une troisième catégorie de cas, plus rares, l'appendice est perforé ou même spontanément amputé, et l'on trouve alors, au

niveau du point perforé, une petite collection purulente dont les parois sont formées par des fausses membranes. Il peut, du reste, y avoir abcès péri-appendiculaire sans perforation de l'appendice (Kümmel).

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE L'APPENDICITE (1)

Les auteurs distinguent, au point de vue anatomo-pathologique, trois formes principales d'appendicite :

1° Forme catarrhale ou pariétale ;

2° Forme suppurée, ulcéreuse ;

3° Forme gangréneuse, perforante.

Cette division répond certainement à des faits précis, de constatation fréquente ; cependant, elle n'est pas aussi tranchée qu'il le semble. L'histologie montre, en effet, qu'il existe entre

---

(1) Nous reproduisons ici *in extenso* une note que M. le Dr Macaigne a bien voulu écrire à notre demande, d'après les pièces recueillies dans le service de l'un de nous, à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous renvoyons aussi le lecteur à l'importante communication sur les *lésions histologiques de l'appendicite* faite tout récemment à la Société de Biologie, par MM. Letulle et Weinberg. « Bulletin de la Soc. de Biologie », 31 juillet 1897 et « Presse médicale », 4 août 1897, n° 63, p. xlix.

ces formes des intermédiaires qui les relient les unes aux autres ; elle établit donc qu'il ne faut voir en elles que des degrés d'un même processus morbide d'intensité variable, évoluant plus ou moins rapidement.

Nous les étudierons successivement, réservant un dernier paragraphe à l'*appendicite chronique* dont les lésions méritent d'être examinées à part.

1° Forme catarrhale (pariétale de Talamon).

Dans cette forme, toutes les tuniques sont atteintes et pénétrées par une infiltration inflammatoire d'intensité variable, concentrée surtout sur les éléments de la muqueuse : glandes, chorion, organes lymphoïdes.

L'inflammation des *follicules clos* est constante ; c'est peut-être même l'élément primordial de la lésion. Son importance est telle que certains auteurs (Pilliet et Costes [1]) ont décrit l'appendicite commune sous le nom d'*appendicite folliculaire*) [2]).

---

(1) Pilliet (A-H.) et Costes (P.) — *Étude sur l'appendicite folliculaire*. « Bulletin de la Soc. anat. », janvier 1895, p. 19.

(2) MM. Letulle et Weinberg considèrent aussi que l'appendicite aiguë est essentiellement constituée par une *folliculite*, dont ils distinguent quatre formes : l'*hypérémique*, la *suppurative*, l'*ulcérative* et la *nécrosante*.

Cette lésion est caractérisée par une hypertrophie considérable de ces organes qui, s'unissant bord à bord, finissent par former une zone continue, une sorte de couronne doublant la zone glandulaire et atteignant une épaisseur six à huit fois plus grande qu'à l'état normal.

Les follicules hypertrophiés constituent d'abord une masse arrondie où les cellules lymphatiques, un peu pâles, laissent voir le réticulum adénoïde. Bientôt les petites cellules, bourrant le sinus lymphatique, s'amassent, formant autour d'eux un cercle d'étendue variable, et les envahissent progressivement.

Le follicule finit par être totalement infiltré par cette hyperdiapédèse leucocytique à laquelle s'ajoute la prolifération des cellules fixes et des endothéliums. Il s'y produit parfois des foyers apoplectiques.

L'infiltration inflammatoire, qui entoure et pénètre les follicules, diffuse, d'autre part, non seulement dans le tissu sous-muqueux et dans les interstices musculaires jusqu'au revêtement péritonéal, mais aussi dans le chorion de la muqueuse où elle apporte de profondes modifications.

L'intensité d'infiltration du *chorion* est des plus variables ; son premier résultat, dans les

formes légères, est de séparer les glandes l'une de l'autre. Parfois la lésion superficielle de la muqueuse paraît beaucoup plus intense que la folliculite (qui toutefois ne manque jamais), et il peut se produire une sorte de bourgeonnement de la muqueuse, sous forme de végétations embryonnaires, saillantes dans la cavité de l'appendice, les glandes étant refoulées dans les intervalles.

L'altération des *glandes* offre aussi plusieurs degrés qui ne sont pas en relation forcée avec la lésion des parties profondes. Tantôt, alors même que la folliculite est prononcée, l'altération des glandes est insignifiante.

Souvent elles sont progressivement séparées l'une de l'autre par l'infiltration inflammatoire ; des leucocytes migrateurs cheminent entre les cellules de l'épithélium glandulaire, et se mêlent dans la cavité de la glande, ou dans celle de l'appendice, aux cellules épithéliales desquamées. A un degré plus avancé, elles tendent à disparaître, et l'on retrouve des débris de cul-de-sac perdus au milieu des petites cellules rondes.

A la surface, le *revêtement épithélial* cylindrique est parfois très régulier, coiffant les saillies du chorion. Souvent il se desquame en

même temps que les cellules des glandes. Et il peut arriver (Siredey et Le Roy) [1] que l'infiltration embryonnaire soit tellement intense qu'elle anéantisse toute trace de glande et oblitère complètement la lumière de l'appendice.

Dans les parties profondes les lésions sont beaucoup moins accentuées.

Dans le *tissu cellulaire sous-muqueux*, il se fait des traînées ou des nappes de cellules embryonnaires, souvent accolées auprès des vaisseaux, dont la dilatation est d'ailleurs très fréquente. On reconnaît souvent, au voisinage des follicules, des lymphatiques bourrés de leucocytes et cheminant dans des directions variables.

Les *interstices musculaires* montrent d'une manière presque constante, mais avec une intensité variable, légère au début, des traînées de petites cellules migratrices, souvent accumulées au niveau des capillaires sanguins ou dans les capillaires lymphatiques. Alors même qu'elle a paru modérée dans l'épaisseur du muscle, cette inflammation, propagée par les voies lympha-

---

(1) Siredey (A.) et Le Roy (G.). — *Étude anatomo-pathologique de cinq cas d'appendicite.* « Soc. médic. des Hôpit. », 29 janv. 1897 et « Presse médicale », 30 janvier 1897, p. XLV.

tiques, apparaît bien nette et d'une manière constante à la périphérie de l'appendice, sous forme, généralement, de vaisseaux lymphatiques gorgés de lymphocytes ; ou bien ce sont de petits foyers inflammatoires étalés contre l'appendice dans le tissu sous-péritonéal.

La *couche musculaire* conserve son aspect normal, ou bien, à la suite du processus inflammatoire prolongé, elle s'hypertrophie, comme cela se passe dans la salpingite.

Souvent, à la surface de l'appendice, on observe une congestion vasculaire des plus intenses. D'autres fois, le *feuillet péritonéal* est doublé d'un exsudat fibrineux hémorrhagique, en voie d'organisation. Dans le méso-appendice, les lymphangites et les dilatations vasculaires sont constantes.

Ainsi caractérisées, les lésions de l'appendicite catarrhale s'observent parfois dans toute l'étendue de l'appendice qui n'est pas autrement atteint. Elles peuvent aussi être localisées en certains foyers et ne sont alors que le premier degré de lésions plus profondes (ulcération, perforation), que nous allons avoir à étudier. Ou bien elles se présentent à la limite de ces mêmes lésions profondes.

Mais leur *évolution* ne tend pas forcément à

cette destruction ; et leur tendance à la guérison s'observe communément, en particulier dans les appendices enlevés à froid. Les lésions répondent alors à l'appendicite chronique que nous décrirons plus loin.

2° Forme suppurée, ulcéreuse. — Ici aussi les lésions offrent divers degrés d'étendue et d'intensité.

La cause de cette modalité anatomo-pathologique réside peut-être dans une oblitération des vaisseaux du fait de l'abondance des leucocytes, et, plus vraisemblablement, dans l'action nécrosante des produits de sécrétion des microbes, doués d'une virulence plus active.

Une coupe transversale d'un appendice atteint de cette façon montre que les foyers de suppuration peuvent intéresser la partie superficielle de la muqueuse, les follicules hypertrophiés, et, enfin, la zone sous-péritonéale.

Les foyers superficiels se montrent d'abord à l'œil nu sous forme de taches gris-jaunâtres, opaques, entourées de zones ecchymotiques. A un stade plus avancé, une ulcération se creuse, dont l'examen histologique montre la nature superficielle ou profonde.

Pour Pilliet et Costes, l'ulcération a pour point de départ le follicule lui-même. Au début,

on constate simplement la nécrose de ses cellules centrales. Puis la suppuration s'établit en son centre, gagne bientôt la partie profonde du chorion et enfin, détruisant la couche superficielle, vient s'ouvrir dans la lumière du canal de l'appendice. Les recherches de M. Letulle confirment cette manière de voir.

D'autre part, les migrations microbiennes et leucocytiques cheminent le long des fentes lymphatiques intra-musculaires, dans les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes (lymphangite térébrante de M. Letulle), et viennent déterminer sous le péritoine des agglomérations de cellules embryonnaires ; celles-ci, d'abord limitées au voisinage des petits vaisseaux, s'accumulent bientôt sous forme de petits abcès miliaires qui ne tardent pas à grossir et à se révéler à l'œil nu.

Cependant la tunique musculaire ne reste pas indemne. Parfois elle s'hypertrophie comme dans la forme catarrhale. D'autres fois, et c'est le cas habituel, les faisceaux musculaires dissociés par l'infiltration inflammatoire perdent leur tonicité, se laissent distendre ; sur la coupe d'un appendice ainsi dilaté, les fibres musculaires sont réduites à quelques faisceaux isolés et perdus soit dans l'infiltration embryonnaire, soit dans un tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse.

3° Forme gangréneuse. — Elle est l'aboutissant de la forme précédente. La destruction frappe d'abord le follicule et se fait jour à travers la muqueuse déjà profondément enflammée. D'autre part, l'infiltration inflammatoire s'est déjà étendue de proche en proche à travers le muscle jusque sous le péritoine. A un moment donné, en vertu, sans doute, du pouvoir nécrosant des sécrétions microbiennes ou grâce à la pénétration des microbes eux-mêmes, le processus destructif s'attaque à tout ce tissu enflammé qui cède : la perforation est constituée.

L'examen des coupes montre qu'une infiltration embryonnaire intense, dans toute l'épaisseur des parois de l'appendice, a précédé la perforation.

4°. Appendicite chronique. — Bon nombre des faits relevant de l'appendicite chronique offrent des lésions ulcéreuses et suppuratives identiques à celles de l'appendicite aiguë.

Au point de vue histologique, on réserve le terme d'appendicite chronique aux cas où la lenteur du processus conduit à l'organisation fibreuse de l'infiltration inflammatoire. Chacun des éléments de l'appendice offrira donc des caractères particuliers en rapport avec l'intensité des lésions initiales.

M. Letulle distingue trois types d'appendicite

chronique, « rarement localisés, dit-il, en un point circonscrit » (1) :

1° *Appendicite hypertrophique.* — Elle est caractérisée essentiellement par l'allongement, parfois excessif, des glandes de Lieberkühn et l'hypertrophie des follicules lymphatiques.

2° *Appendicite hyperplasique.* — Hypertrophiés et multipliés, les follicules forment une couche continue d'énormes îlots de tissu réticulé au-dessous de la muqueuse.

3° *Appendicite atrophique.*

Dans chacune de ces formes, la chronicité du

---

(1) Dans une seconde note, MM. Letulle et Brun (1) insistent sur ce point. Avec Pilliet et Costes, avec Siredey et Le Roy, ils établissent que l'inflammation chronique, folliculaire, de l'appendice est d'ordinaire diffuse, ou mieux disséminée à la totalité de l'appareil lymphoïde des couches internes de l'organe, tandis que l'inflammation aiguë est souvent circonscrite en un point du canal.

Ils ajoutent que ces lésions chroniques précèdent toujours celles de l'inflammation aiguë ; que celle-ci n'est pour ainsi dire jamais primitive, mais toujours secondaire à une appendicite chronique plus ou moins latente.

Nous reviendrons plus loin sur ce dernier point.

---

(1) Brun (F.) et Letulle (M.). — *Lésions histologiques de l'appendicite.* « Presse médicale », 4 août 1897, n° 63, p. 57.

processus se révèle tout d'abord, et surtout au niveau de la tunique sous-muqueuse. On y voit se former des bandes fibreuses d'épaisseur variable, doublant la paroi des vaisseaux, formant une trame où se logent des îlots adipeux, envoyant enfin des prolongements autour des follicules, vers la muqueuse, et entre les faisceaux musculaires.

Dans la forme atrophique les follicules diminuent de volume, s'atrophient et sont engloutis dans la sclérose. Celle-ci gagne les zones superficielles de la muqueuse ; et les glandes réduites à quelques culs-de-sac, parfois ramifiés, finissent aussi par disparaître.

La lumière du canal appendiculaire peut même s'oblitérer complètement.

La coupe de l'appendice ne présente plus alors qu'une nappe fibreuse, plus ou moins dense, parsemée de vaisseaux, de foyers de cellules embryonnaires et de lobules adipeux, ne laissant plus reconnaître ni glandes, ni follicules lymphatiques, ni muscles.

Les faisceaux musculaires sont souvent hypertrophiés dans l'appendicite chronique. Dans la forme atrophique, ils peuvent être dissociés et étouffés complètement par les lésions de sclérose qui prennent leur place.

Tel est l'aspect des lésions au niveau du rétrécissement ayant déterminé une oblitération définitive.

Parfois cette oblitération et cette transformation fibreuse totale sont étendues à toute la longueur de l'appendice, qui n'est plus qu'une tige fibreuse pleine.

Alors la disparition des glandes, des follicules et des muscles est suivie fréquemment d'une adipose interstitielle exubérante, plus ou moins généralisée.

Résumé. — L'appendicite *aiguë* est essentiellement constituée, à l'origine, par une folliculite circonscrite ou diffuse (Pilliet et Costes, Siredey et Le Roy, Letulle), dont la diffusion se fait par les voies lymphatiques péri-folliculaires (Letulle). L'infiltration inflammatoire se répartit bientôt sur les divers éléments de la muqueuse, mais avec prédominance au niveau des follicules. L'épithélium de revêtement se desquame, les glandes disparaissent au sein d'un chorion épaissi et infiltré de cellules rondes.

De l'infiltration embryonnaire qui remplit et entoure les follicules, on voit s'étendre dans le tissu cellulaire sous-muqueux et à travers le muscle, se dirigeant vers le péritoine, des traînées de petites cellules rondes, véritables lymphan-

gites à marche centrifuge. Les vaisseaux de la celluleuse et ceux du méso sont dilatés.

Puis à la forme catarrhale ou pariétale succède la forme ulcéreuse. Les ulcérations résultent tout d'abord de la destruction des follicules enflammés qui s'abcèdent dans la cavité de l'appendice; cependant il se forme de petits abcès interstitiels atteignant la surface péritonéale.

Lorsque la paroi est ainsi totalement infiltrée, la nécrose peut la détruire complètement, créant ainsi la forme térébrante de l'appendicite.

L'appendicite *chronique* se caractérise, tantôt par l'hypertrophie des glandes et des follicules avec sclérose sous-muqueuse et hypertrophie musculaire, tantôt par la transformation fibreuse progressive, parfois locale, de toutes les tuniques de l'appendice.

BACTÉRIOLOGIE DE L'APPENDICITE

L'un de nous a communiqué à la Société de Chirurgie (1). les recherches faites par M. Macaigne sur le pus recueilli lors des opérations faites

(1) Ch. Monod. — *Appendicites. Examen bactériologique du pus.* « Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie », 16 octobre 1895, t. XXI, p. 619.

dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. De ces recherches il résulte que le pus, dans les abcès péri-appendiculaires, est ordinairement d'une extrême richesse microbienne. Dans certains cas, il serait considéré comme stérile si l'on se contentait d'un ensemencement sur agar, l'ensemencement sur bouillon donnant, au contraire, presque toujours un résultat positif. Les deux espèces microbiennes qui se rencontrent le plus souvent sont le *bacterium coli* et le *streptocoque*, celui-ci étant, d'après M. Macaigne, le principal agent de la lésion.

Les études de M. Achard [1] sur le même sujet lui ont montré aussi que le coli-bacille était rarement rencontré seul, qu'il était ordinairement associé à d'autres microbes (streptocoques le plus souvent, staphylocoques, pneumocoques, saprophytes divers, etc.). Il conclut de là que le coli-bacille n'est pas l'agent principal de l'infection ; que, s'il paraît souvent prédominer, c'est grâce à sa plus grande vitalité et à la facilité avec laquelle il se développe dans les cultures.

MM. Veillon et Zuber ont, de leur côté, fait tout récemment sur ce point des recherches in-

---

[1] Achard (Ch.) et Broca (A.). — *Bactériologie de vingt cas d'appendicite suppurée.* « Bull. de la Soc. médic. des hôp. », 26 mars 1897.

téressantes et originales dont ils ont communiqué le résultat à M. Brun [1]. Pour ces auteurs, le streptocoque et le coli-bacille ne seraient pas les seuls agents de l'appendicite gangréneuse ou perforante ; ils n'en seraient pas même les principaux. La fétidité du pus, la tendance à la gangrène, les symptômes d'intoxication profonde et rapide seraient dus à des microbes *anaérobies*, encore mal connus, qui existent d'une façon constante dans les collections péri-appendiculaires. Ces microbes, d'après MM. Veillon et Zuber, joueraient un très grand rôle dans la pathogénie de l'appendicite. Ce n'est pas, du reste, seulement dans le pus péri-appendiculaire, mais parfois dans l'épaisseur des parois de l'appendice et presque toujours dans sa cavité, que l'on peut trouver des microbes.

Au sujet du dernier point touché par MM. Veillon et Zuber, celui qui est relatif à la *topographie microbienne*, M. Macaigne nous avait antérieurement remis la note suivante qui trouve tout naturellement sa place ici :

« Quelques observations mentionnent la présence de colonies microbiennes disséminées dans les différentes tuniques de l'appendice enflammé,

---

[1] Brun (F.). — *L. c.*, p. 24.

jusqu'au niveau du péritoine. Ces faits répondent aux cas où l'inflammation a franchement attaqué le péritoine. Mais, s'il est possible de voir des microorganismes au sein des abcès infiltrant la paroi et les zones nécrosées dans la forme térébrante, cette constatation est exceptionnelle dans la forme catarrhale de l'appendicite ; et, dans ce cas, c'est seulement sur la surface de la muqueuse, privée de son revêtement épithélial, ou dans les culs-de-sac glandulaires, qu'on peut voir quelques rares microorganismes.

« L'examen de l'exsudat muco-purulent de la cavité montre, au contraire, de nombreux microbes isolés ou englobés dans les leucocytes chargés de les détruire ».

APPENDICITE TUBERCULEUSE

L'appendicite tuberculeuse, dont la marche est habituellement chronique, se distingue de l'appendicite ordinaire non seulement par la nature des lésions, mais aussi par leur siège. La règle, en effet, est qu'elles n'existent pas au niveau de l'appendice seul, *mais à la fois dans l'appendice, dans le cœcum et aussi dans les segments voisins de l'intestin.*

Avec M. Reclus [1], à qui nous empruntons cette description, nous distinguerons deux formes anatomo-pathologiques qui répondent aux deux principales formes cliniques de l'affection : une variété de tuberculose fibreuse ou hypertrophiante et une variété ulcéreuse. D'ailleurs ces deux formes se combinent parfois et on constate entre elles tous les intermédiaires. La première semble plus fréquente que la seconde.

Dans la forme *fibreuse* ou *hypertrophiante* la tumeur intestinale est fusionnée avec le péritoine pariétal, doublé de néo-membranes abondantes qui recouvrent les intestins et masquent leurs limites ; on ne sait où commence et où finit leur paroi, et, pour les dégager, il faut sculpter attentivement. Le cæcum et son appendice, le commencement du côlon ascendant, la valvule iléo-cœcale et la terminaison de l'iléon présentent des lésions très marquées : la musculeuse et la muqueuse sont hypertrophiées à tel point que l'ensemble de la paroi intestinale mesure parfois jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Aussi la lumière de l'intestin est-elle presque toujours rétrécie. C'est autour de la valvule iléo-cœcale

---

(1) Reclus (P.). — *De l'appendicite tuberculeuse.* « Bulletin médical », 1893, p. 587.

que d'ordinaire les lésions sont surtout marquées. La muqueuse présente des ulcérations à fond sanieux.

En présence de lésions semblables, on n'hésite pas à croire au cancer. Et c'est pour cette raison qu'Estor donne à cette forme la dénomination de « tuberculose à forme de cancer ». Non seulement on s'y trompe à l'œil nu, mais le microscope s'égare et cela sous les yeux les plus sagaces. En effet, suivant la remarque de M. Pilliet, au milieu des masses rougeâtres et rosées d'aspect sarcomateux qui constituent les parois intestinales hypertrophiées, on ne trouve que de très rares follicules tuberculeux ; ce que l'on rencontre, c'est une énorme prolifération des éléments embryonnaires qui infiltrent les parois.

La deuxième forme, la forme *ulcéreuse*, peut bien présenter des épaississements de la séreuse et des néo-membranes autour des anses intestinales ; mais celles-ci n'ont pas subi cette hypertrophie si remarquable des diverses tuniques. Au contraire, le processus ulcéreux domine ; la muqueuse a souvent complètement disparu, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale où l'on trouve d'ordinaire un vaste cloaque dû à la destruction et à l'anastomose des divers segments

intestinaux qui se réunissent à cette sorte de carrefour. Le ramollissement des masses caséeuses, des tuniques et des ganglions avoisinants donne naissance à des collections puriformes, à des abcès qui fusent dans plusieurs directions, mais qui, en général, cheminent vers la paroi abdominale, l'ulcèrent et forment des fistules parfois multiples par où passent des matières fécales et du pus.

D'après M. Cornil, cité par M. Reclus, il existerait une *troisième forme* de tuberculose appendiculaire, dans laquelle les lésions seraient, au moins au début, limitées à l'appendice. Il s'agirait donc bien là d'appendicite et non de typhlo-appendicite tuberculeuse.

Le premier phénomène, dans cette forme, serait, en effet, la formation, en un point de la muqueuse appendiculaire, d'une ulcération tuberculeuse qui, gagnant en profondeur, produirait la destruction totale de la paroi. A la faveur de cette perforation, les lésions péri-appendiculaires se forment comme dans une appendicite banale, à cette différence près que l'infection péritonéale résulte de l'association de deux microbes, bacille de Koch et coli-bacille, qui ont pu de concert franchir les tuniques du diverticule.

Pour M. Cornil, bon nombre d'appendicites regardées jusqu'ici comme inflammatoires seraient ainsi d'origine tuberculeuse, le bacille de Koch ayant, en fait, ouvert la porte à l'infection.

APPENDICITE ACTINOMYCOSIQUE

L'actinomycose appendiculaire n'a été observée en France que par Gangolphe [1]. Au contraire, les littératures étrangères contiennent les relations de cent vingt observations d'actinomycose appendiculo-cœcale [2].

La région de l'appendice et du cœcum est la localisation la plus fréquente, et peut-être la seule, des actinomyces dans le tube digestif abdominal. *C'est surtout le cœcum qui est le siège des lésions.*

Au niveau de la muqueuse du cœcum, on trouve une plaque grisâtre, ronde, d'un cen-

---

(1) Gangolphe (M.) et Duplant (Fr.). — *Typhlite et appendicite actinomycosiques.* « Revue de Chirurgie », juin 1897, p. 503.

(2) Hinglais. — *Sur l'actinomycose de l'appendice iléo-cœcal.* « Thèse de Lyon », février 1897.

timètre de diamètre, formée d'une colonie d'actinomyces jeunes, qui vont bientôt gagner la profondeur et creuser une ulcération arrondie. Autour du cœcum se fait une réaction conjonctive avec des adhérences, de sorte que la perforation ne donne que rarement lieu à des phénomènes péritonéaux. C'est alors que la tumeur péritonéale commence à être perçue.

Aussitôt une tunique franchie, le parasite l'abandonne dans un grand nombre de cas. La cicatrisation en est alors rapide. On a rencontré, en effet, le mycélium dans les tuniques externes de l'intestin, alors que la muqueuse était déjà cicatrisée.

Les actinomyces ont grande tendance à se rapprocher des téguments superficiels. Ils provoquent alors la formation de fistules.

Les actinomyces ne respectent rien ; ils peuvent pénétrer les vaisseaux et déterminer la production de métastases.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

—

A. Causes prédisposantes. — L'appendicite est une maladie « follement fréquente ».

L'*âge* paraît exercer une influence certaine sur son développement. Elle est rare pendant la première enfance, moins rare pendant la seconde. C'est de dix à vingt ans qu'on l'observe surtout. Elle se voit encore chez l'adulte, entre vingt et quarante-cinq ans ; il est exceptionnel qu'elle se développe après cet âge. En somme, l'appendicite est surtout une maladie de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Nous aurons à rechercher comment il faut interpréter l'influence de l'*hérédité* qui est si souvent notée dans les antécédents des malades (dans 40 % des cas, d'après Roux).

L'appendicite serait plus commune en Au-

gleterre, en Amérique et en Allemagne qu'en France, dans les villes que dans les campagnes.

La cause la plus habituellement invoquée par les auteurs est la *constipation*, dont l'influence a été certainement exagérée. En effet, elle est loin d'être constante et surtout ses relations avec l'appendicite ont été souvent mal interprétées. La constipation, de même que la diarrhée, n'est souvent que l'effet d'une lésion intestinale (atonie, entérite) dont nous aurons à montrer le rôle dans la genèse de l'appendicite.

L'excès de nourriture, une alimentation indigeste ou trop épicée, une mastication insuffisante des aliments prédisposent à l'appendicite. C'est ainsi qu'on explique la fréquence de cette affection chez les Anglais et les Américains. Mais, comme le fait remarquer M. Talamon, ces excès de régime sont les causes les plus ordinaires de l'irritation chronique du gros intestin.

On voit parfois la crise appendiculaire éclater dans le cours ou plus souvent dans la convalescence de maladies générales aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la dysenterie, la pneumonie, les fièvres éruptives.

L'existence d'une attaque antérieure d'appendicite est une des causes prédisposantes les plus nettes et les plus fréquentes : soit que la ou les

premières atteintes aient laissé à leur suite des lésions qui expliquent suffisamment la rechute ; soit, tout simplement, que les prédispositions d'ordre quelconque, qui ont facilité une première fois l'apparition de la maladie, continuent leur effet et en provoquent le retour.

On a encore dit que certaines dispositions anormales de l'appendice (torsions, coudures, rétrécissements, excès de longueur) pouvaient constituer une prédisposition à l'appendicite.

B. Causes occasionnelles. — Les causes immédiates de l'affection sont rarement appréciables.

L'*indigestion* a été fréquemment incriminée. Sans méconnaître son action, il est certain que dans la plupart des cas les vomissements, attribués à une indigestion, sont secondaires à la lésion appendiculaire dont ils représentent la première manifestation.

Le rôle occasionnel du *refroidissement* n'est pas contestable ; l'ingestion de glace est notée dans un certain nombre d'observations.

Fréquemment, chez la femme, c'est au moment de la *menstruation* qu'éclate la crise d'appendicite. Ce mode de début peut déronter l'observateur.

Le *traumatisme* a souvent aussi été signalé. Il faut entendre par « traumatisme » non seulement un coup sur l'abdomen, une chute, mais tous les exercices un peu violents (danse, saut, exercices gymnastiques, marche forcée) [1].

L'action de ces causes est indéniable, bien que secondaire. M. Talamon les considérait comme déterminant la pénétration du corps étranger dans l'appendice. Nos connaissances actuelles sur la formation des calculs appendiculaires ne nous permettent plus de leur attribuer ce rôle, au moins dans la majorité des cas. On peut admettre que ces diverses circonstances interviennent pour faciliter l'infection de l'appendice par un mécanisme mal connu et certainement complexe (exaltation de la virulence des microbes, affaiblissement de la résistance de l'individu, phénomènes congestifs du côté de l'appendice, etc.).

---

[1] M. Rendu (H.) (*Typhlite et appendicite*, « Bulletin médical », 1895, p. 625) cite le cas de deux petites filles qui, après avoir joué à la corde toute une après-midi, furent prises le soir de phénomènes imputables à une appendicite.

Nous aurons nous-mêmes occasion de parler plus loin (p. 133) d'un fait où les accidents paraissent avoir éclaté au cours d'exercices gymnastiques.

C. Causes déterminantes. Pathogénie. — La pathogénie de l'appendicite est certes une des questions qui a le plus occupé le monde médical dans ces dernières années. On ne peut dire que l'accord soit encore fait sur tous les points.

Il est d'abord un certain nombre de lésions appendiculaires que leur caractère absolument spécial doit faire laisser de côté : ce sont la *tuberculose* et *l'actinomycose*. L'appendicite tuberculeuse, en effet, n'est qu'un cas particulier de la tuberculose de l'intestin. Pour l'actinomycose, l'infection se ferait surtout par des céréales introduites dans le tube digestif (Hinglais).

Nous venons de parler du rôle des violences extérieures dans le développement de certaines appendicites dites *traumatiques*. Nous avons vu combien il est obscur. Nous ajouterons seulement que, parfois, on a trouvé dans les parois de l'appendice ou dans le foyer péri-appendiculaire un corps étranger piquant (épingle, arête de poisson, etc.), dont la pénétration aurait été favorisée par une contusion abdominale. Mais il est évident que ce mécanisme, si tant est qu'il puisse être accepté, est absolument exceptionnel.

Pendant plusieurs années, on a admis sans conteste la *théorie de l'appendicite par corps*

étranger. Cette théorie, brillamment défendue par M. Talamon, est actuellement abandonnée ; mais, à l'époque où elle fut émise, elle constituait un grand progrès sur les théories anciennes de la typhlite et de la perforation de l'appendice par distension due aux produits sécrétés ; à ce titre elle représente une étape importante dans l'histoire de l'appendicite.

M. Talamon estime que la cause vraie de l'appendicite est la présence d'un corps étranger dans la cavité du diverticule. Ce corps étranger peut venir du dehors ; plus souvent, il est autochtone, constitué par des matières stercorales, et, dans ce dernier cas, toujours formé dans le cœcum. Les corps étrangers ou les concrétions stercorales pénètrent à frottement dans l'appendice à la suite d'une contraction intempestive du cœcum. S'ils jouent librement dans la cavité, ils sont inoffensifs et sont rapidement expulsés. Si, au contraire, ils s'y enclavent, et si la contracture réflexe des parois appendiculaires ne parvient pas à les rejeter dans le cœcum, l'oblitération du canal entraîne une accumulation des produits de la sécrétion glandulaire de la muqueuse et la distension de l'appendice. De là résulte, par compression de la paroi, une gêne dans la circulation et par conséquent une di-

minution de la vitalité de l'organe. Les microbes qui existent en permanence dans la partie appendiculaire, se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré, comme en un vase clos. Ces microbes, inoffensifs à l'état normal et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ceux-ci mis, par suite d'une irrigation sanguine insuffisante, en état de moindre résistance. Ils pullulent de proche en proche, détruisant et ulcérant les parois de l'appendice, et finissent par faire irruption dans le péritoine à travers une ou plusieurs perforations. Celles-ci ne siègent pas nécessairement, contrairement à l'opinion ancienne, au niveau du corps étranger qui n'agit pas en traumatisant directement les parois.

Cette théorie suppose donc comme établi que le calcul est constant et qu'il se forme toujours en dehors de l'appendice. Or, comme nous l'avons vu, ces deux points sont très contestables. D'autre part, un corps étranger enclavé ne suffit pas pour arrêter la circulation appendiculaire dont la principale voie est l'artère appendiculaire, située dans le méso-appendice.

Bien que cette théorie ne puisse s'appliquer à la généralité des cas d'appendicite, il faut reconnaître que M. Talamon a bien montré le rôle

des microorganismes dans la genèse des lésions ainsi que la nocivité de leur action qui résulterait de l'oblitération de la cavité appendiculaire.

Deux théories pathogéniques de l'appendicite demeurent actuellement en présence : celle du *vase clos* qui considère qu'une certaine disposition anatomique — l'occlusion de la cavité appendiculaire — est la condition nécessaire et suffisante de l'infection ; et celle de l'*infection simple* qui admet que l'infection de l'appendice peut se produire en dehors de toute condition anatomique préalable.

1° *Théorie du vase clos.* — Pour M. Dieulafoy [1], l'appendice peut être transformé en cavité close par différents mécanismes : tantôt c'est un calcul appendiculaire qui, dans son accroissement lent et progressif, arrive à oblitérer l'appendice sur une partie de son trajet ; beaucoup plus rarement, c'est sous l'influence d'une inflammation non calculeuse, par simple tuméfaction de la muqueuse et des parois, que le canal appendiculaire est oblitéré à son orifice ou en

---

[1] Dieulafoy (G.). — *Étude sur l'appendicite.* « Académie de médecine », 10 mars 1896 et « Presse médicale », 1896, p. 121.

un autre point de son parcours ; rarement aussi l'oblitération est due à un rétrécissement fibreux qui se forme sur une des parties du canal.

Le fait essentiel, le fait qui domine toute l'histoire de l'appendicite est que *la partie du canal appendiculaire, sous-jacente à l'oblitération momentanée ou persistante, est transformée en cavité close*. De cette transformation résulte une exaltation de la virulence des microbes contenus dans l'appendice et consécutivement une inflammation des parois de l'organe. L'appendicite est dès lors créée et poursuit son évolution.

Cette théorie trouve sa confirmation dans certains faits expérimentaux et cliniques. Les expériences de de Klecki (1), de Roger et Josué (2), de Gervais de Rouville (3), ont prouvé qu'en effet la cavité close exalte la virulence des microbes de l'appendice ou celle des produits microbiens. D'autre part, l'oblitération permanente ou pas-

---

(1) DE KLECKI. — *Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Étude sur la virulence du coli-bacille.* « Ann. de l'Institut Pasteur ». t. IX, p. 710.

(2) ROGER (H.) et JOSUÉ (O.). — *Recherches expérimentales sur l'appendicite.* « Soc. méd. des hôp. », janvier 1896, p. 79 et « Revue de médecine », juin 1896, p. 433.

(3) GERVAIS DE ROUVILLE. — *Appendicite expérimentale.* « Presse médicale », 27 mai 1896, p. 251.

sagère de l'appendice, due à une des causes citées plus haut, a été fréquemment constatée sur les appendices enlevés par le chirurgien.

En se basant sur ces faits démonstratifs, M. Dieulafoy a inscrit en tête de ses conclusions : *L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en cavité close* ; c'est dire que la constitution de la cavité close est par elle-même *infectante*.

2° *Théorie de l'infection.* — Sans méconnaître l'importance du « vase clos », la plupart des auteurs considèrent la théorie de M. Dieulafoy comme trop absolue.

Et d'abord il est des cas où l'appendice, enlevé par une opération ou recueilli à une autopsie, se montre transformé en cavité close, sans que l'on ait constaté chez le malade aucun des caractères de la crise appendiculaire (appendices enlevés à froid et trouvés obstrués, étranglement de l'appendice par un collet herniaire, oblitération par une tumeur, [1]. En réalité, cette objection n'a pas une valeur absolue : les microbes, inertes lors de l'examen de la pièce, peuvent avoir perdu leur virulence, celle-ci ayant été à un certain mo-

---

[1] Lafforgue (E.). — *Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire.* « Thèse de Lyon », 1893.

ment suffisante pour déterminer une crise ; ou bien l'attaque a été assez légère pour passer inaperçue.

D'autre part, et ceci est plus important, il existe des pièces nombreuses établissant que, l'appendice étant réséqué en pleine crise aiguë, le canal appendiculaire a été trouvé absolument perméable. C'est surtout à M. Brun [1] que l'on doit d'avoir bien mis ces faits en lumière. Les défenseurs du « vase clos » soutiennent qu'en pareil cas la désobstruction s'est faite spontanément. Cela n'est guère admissible lorsque l'appendice a été enlevé le deuxième ou le troisième jour d'une crise.

Force est donc de reconnaître que l'infection de la cavité et des parois de l'appendice peut suffire à elle seule, sans occlusion préalable, pour expliquer le développement de l'appendicite. D'ailleurs les seules lésions vraiment constantes dans l'appendice enflammé sont les lésions d'*infection pariétale*.

En somme, les deux théories du *vase clos* et de l'*infection simple* renferment chacune une part de vérité et peuvent être conciliées.

---

[1] Brun (F.). — *A propos de l'appendicite*. « Presse médicale », 1896, pp. 384 et 611.

L'infection est la cause déterminante de l appendicite ; des causes adjuvantes, et parmi elles, en première ligne, l'occlusion de la cavité appendiculaire, favorisent son développement en exaltant la virulence des microbes contenus.

Ajoutons que l'appendice se trouve dans des conditions anatomiques qui contribuent à donner à l'infection qui l'atteint une gravité spéciale. Sa richesse en follicules clos fait de lui un organe important de phagocytose ; nous avons vu d'ailleurs la part que prennent ces follicules à la constitution des lésions histologiques de l'appendicite. On peut expliquer ainsi la façon différente dont appendice et intestin réagissent vis-à-vis des mêmes microbes. Il est donc vrai de dire, que, par sa structure, l'appendice est prédisposé à l'inflammation : il est de ce fait déjà un *locus minoris resistentiæ*.

Il l'est aussi par sa disposition. Sa situation déclive, ses coudures, ses torsions, ses rétrécissements font de lui un lieu de stagnation ; il représente une véritable *fistule borgne interne* (Reclus). Cette stagnation, dont on connaît le rôle en pathologie urinaire, est favorable au développement des microorganismes. Ses effets seront évidemment augmentés par l'occlusion complète de l'appendice, sans qu'il soit néces-

saire d'admettre que cette occlusion ait été primitive.

Le vase clos ne serait donc qu'une phase anatomo-pathologique importante de l'appendicite et non la condition *sine qua non* de son développement.

Quelle que soit la cause de l'exaltation de leur virulence, les microbes de l'appendice devenus nocifs attaquent la muqueuse et l'enflamment. Après avoir traversé la paroi appendiculaire, ils arrivent dans le péritoine libre ou déjà pourvu d'adhérences et déterminent une péritonite généralisée ou localisée. Dans d'autres cas, ils sphacèlent les parois de l'organe et déterminent des perforations.

Ces lésions se produiraient d'autant plus facilement que, d'après M. Letulle, le terrain serait toujours préparé par une inflammation antérieure. Pour cet auteur, en effet, les lésions des follicules lymphatiques, caractéristiques de l'appendicite chronique, préexistent toujours ; celles de l'infection aiguë [1], cause de l'intervention chirurgicale, greffées sur les premières, ont une

---

[1] L'appendicite aiguë ainsi comprise ne serait donc qu'une complication de l'appendicite chronique ; on n'assisterait pour ainsi dire jamais à une première attaque d'appendicite (Letulle). Ces vues confirment ce

marche destructive d'autant plus rapide que les lésions chroniques antérieures sont plus marquées [1].

Il n'y a pas de distinction pathogénique à faire entre l'appendicite perforante et l'appendicite non perforante ; dans tous les cas il s'agit d'une lymphangite, d'un phlegmon septique des parois appendiculaires. Que cette inflammation détermine ou non la perforation des parois, l'infection peut atteindre le péritoine et y déterminer des lésions d'intensité très variable suivant la virulence microbienne et la qualité du terrain.

Nous avons encore à nous demander quel est le point de départ de l'infection qui frappe l'appendice. Cette partie du problème est dans bien des cas d'une solution difficile.

On tend cependant à admettre aujourd'hui que l'appendicite résulte souvent de la propagation d'une inflammation intestinale qui, atteignant l'appendice, prend, de ce fait et pour les raisons que nous avons dites, un caractère spécial de gravité. Il est fréquent, en effet, lorsque les

---

que nous avons pu dire sur la valeur qu'il faut attribuer, dans la discussion des causes prédisposantes d'une appendicite, à l'existence de crises antérieures, quelque peu intenses qu'elles aient été.

[1] Brun et Letulle. — *Trav. cité* « Presse médicale », 1897, p. 57.

malades sont observés avec soin, de relever dans leurs antécédents des accidents d'entérocolite aiguë ou subaiguë [1], qui parfois ne précèdent la crise que de quelques jours. D'autres fois le sujet souffre depuis longtemps d'entérocolite chronique, muqueuse et membraneuse. Rappelons enfin que l'appendicite peut être une complication de la fièvre typhoïde (appendicites paratyphoïdes de M. Dieulafoy).

Cette notion de la lésion préalable de l'intestin, importante au point de vue théorique l'est aussi au point de vue pratique ; elle permet, en effet, d'expliquer les troubles intestinaux qui persistent parfois après l'ablation de l'appendice et d'y remédier par un traitement approprié.

Dans une seconde catégorie de faits il faut ranger les appendicites qui ne seraient que la manifestation locale d'un état général. M. Jalaguier, le premier, a appelé l'attention sur ces cas [2]. L'appendicite pourrait ainsi être d'ori-

---

(1) M. Beaussenat (*Appendicites expérimentales*, « Thèse de Paris », 1897) a prouvé expérimentalement le rôle de l'entérocolite dans la genèse de l'appendicite en déterminant le développement de lésions appendiculaires chez le chien par l'ingestion de viandes avariées.

(2) Jalaguier (A.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 2 décembre 1896, p. 757.

gine grippale, rubéolique, varioliqne, ourlienne, etc. Ces vues trouveraient leur confirmation dans les expériences de Josué et de Dominici [1]. Ces auteurs ont montré que l'injection de substances microbiennes dans les veines amenaient une inflammation de la paroi appendiculaire. L'appendice, organe lymphoïde, serait donc susceptible d'être altéré dans diverses infections au même titre que l'amygdale, la rate, etc.

On peut se demander cependant si l'infection générale n'agit pas plutôt en augmentant la virulence du milieu intestinal, ou, plus simplement, en ravivant une lésion ancienne de l'appendice, restée jusque-là latente.

C'est sous l'influence des mêmes idées que récemment Goluboff [2], remarquant la fréquence de l'appendicite à certaines époques, a supposé qu'elle pouvait prendre parfois les allures d'une maladie *épidémique* et infectieuse. Aucun fait probant n'est venu jusqu'ici confirmer cette hypothèse.

Plus certaine paraît être l'action de l'*hérédité* ; mais encore convient-il de s'entendre. Ce n'est évidemment pas l'appendicite elle-même, mais

---

(1) Dominici (H.), *cité par* Sebileau. — *De l'appendicite* « Gaz. médic. de Paris » 10 avril 1897 p. 170.

(2) Goluboff. — *Médecine moderne*, 1896, p. 588.

la tendance à l'appendicite qui est héréditaire ; ce n'est pas la maladie, c'est la cause prédisposante de la maladie qui est transmise aux différents membres d'une famille [1].

L'appendicite s'observe surtout là où règnent la goutte, l'arthritisme, l'obésité, le diabète, la lithiase rénale et hépatique, etc. Ces différentes affections, de même que la lithiase appendiculaire, sont autant de manifestations, héréditaires ou acquises, de la même diathèse ; la lithiase appendiculaire doit rentrer dans le patrimoine de l'arthritisme et de la goutte et prendre place dans les vices de nutrition étudiés par Bouchard (Dieulafoy). Il existerait donc une appendicite liée à la lithiase appendiculaire, c'est-à-dire à un vice de nutrition. Cette forme d'appendicite est niée par ceux qui considèrent la lithiase appendiculaire comme consécutive à l'inflammation de l'appendice (Rochaz, Mathieu, Brun).

Peut être aussi, la prédisposition à l'appendicite pouvant dépendre de certaines formes ou dispositions de l'appendice que nous avons déjà mentionnées, la fréquence de l'inflammation appendiculaire dans certaines familles tiendrait-

---

(1) Faisans (L.) — *De l'appendicite familiale.* « Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux », 28 février 1896, p. 228.

elle à ce que ces vices de forme et de direction sont congénitaux et transmissibles par l'hérédité. Là serait pour beaucoup d'auteurs la véritable raison d'être de l'*appendicite héréditaire ou familiale.*

Il résulte de tout ce qui précède que la pathogénie de l'appendicite est complexe et varie probablement suivant les cas.

On peut avec M. Reclus (1), avec M. Leguen (2) diviser les appendicites, au point de vue de leur origine, en trois groupes :

1° *Appendicites de cause locale :* calcul stercoral ordinairement ; plus rarement corps étranger quelconque ; ou bien encore torsion, étranglement, sténose acquise ou congénitale de l'appendice.

Il est probable qu'alors l'appendice est transformé en cavité close ; ou du moins qu'il s'y fait une stagnation suffisante pour que les phénomènes d'exaltation de virulence microbienne puissent se produire.

2° *Appendicites consécutives à une affection des voies digestives.* — En ce cas, il peut y

(1) Reclus (P.). — *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 9 décembre 1896, p. 785.

(2) Leguen (F.). — *Loc. cit.*, p. 72.

avoir infection simple sans occlusion de la cavité appendiculaire ; celle-ci, si elle survient, agit comme cause adjuvante.

Une étude attentive des malades et de nouveaux faits bien observés montreront si ce groupe doit être étendu aux dépens du précédent, ou inversement.

3° *Appendicite de cause générale.* — Ici encore l'infection simple, frappant un organe riche en tissu lymphoïde, suffit à expliquer la localisation dont il devient le siège. L'occlusion de la cavité appendiculaire peut intervenir pour donner un coup de fouet au processus, mais n'est pas nécessaire.

Ces cas sont relativement rares.

Il reste un dernier point à élucider. Quelques faits bien observés prouvent qu'une appendicite peut rester latente et ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme. De quoi donc dépend la manifestation clinique de ces lésions ? à quoi, en particulier, est due la douleur qui constitue le symptôme initial et souvent principal de l'affection ?

Diverses réponses ont été faites à cette question. Nous ne nous arrêterons pas à celle qui attribuait la douleur et les symptômes qui

suivent à la perforation de l'appendice par un calcul ; on sait, en effet, maintenant que les calculs ne sont pas constants et que la perforation manque fréquemment dans les appendices enlevés chirurgicalement ou recueillis à l'autopsie, après une crise d'appendicite.

Pour M. Roux, le début des phénomènes cliniques coïnciderait avec l'attaque du péritoine par les microbes ou leurs toxines. Cette hypothèse a pour elle de pouvoir s'appliquer à tous les cas, même à ceux où la perforation ne se produit pas, ou encore à ceux où il n'y a dans l'appendice ni corps étranger ni calcul. S'ensuit-il qu'elle doive être adoptée à l'exclusion de toute autre ? Nous ne le pensons pas.

Avec Treves, avec Talamon, avec Dieulafoy, nous croyons que les phénomènes réactionnels qui marquent le début de l'appendicite peuvent être parfois rattachés à la surdistension de l'appendice par les produits accumulés dans sa cavité.

Pour M. Dieulafoy, par suite de l'occlusion de la cavité appendiculaire, il se passe dans l'appendice des phénomènes analogues à ceux qui se produisent dans la caisse du tympan, lorsque la trompe d'Eustache s'oblitère : rétention, puis douleur et accidents réflexes consécutifs à cette rétention.

Pour M. Talamon, la crise douloureuse à début brusque de l'appendicite — à laquelle il a donné le nom significatif de *colique appendiculaire* — est comparable aux coliques hépatique et néphrétique. Elle serait due à la pénétration dans l'appendice d'un calcul stercoral, provoquant la contraction spasmodique et douloureuse de l'organe ; la cessation de la crise coïncidant avec le retour du calcul dans le cœcum.

Si le calcul fait défaut, la simple rétention de mucus, qui, pour Treves, serait la cause des rechutes d'appendicite, suffirait pour rendre compte des phénomènes observés : l'accumulation de mucus ayant le même effet que la scybale arrêtée dans le canal appendiculaire.

La première de ces deux explications de la crise appendiculaire ne peut être acceptée. En effet, il paraît établi aujourd'hui que les concrétions trouvées dans l'appendice se forment dans cet organe et non dans le cœcum. Aussi la plupart des auteurs rejettent-ils l'existence d'une colique appendiculaire par pénétration d'un calcul dans l'appendice.

Celle qui résulterait de la surdistension de l'organe par rétention de liquide, quel que soit le mécanisme de cette rétention, est plus admis-

sible. On interpréterait ainsi les cas où, comme dans celui que nous avons cité plus haut, l'appendice n'est le siège d'aucune lésion appréciable : formes légères ou frustes, où la douleur constitue le phénomène principal et parfois unique de la crise.

Mais le plus souvent, comme nous l'avons dit, ces lésions existent, visibles sinon à l'œil nu, du moins au microscope. Elles retentissent rapidement sur le péritoine, et rien ne s'oppose alors à ce que l'on s'en tienne à l'idée très rationnelle de M. Roux.

SYMPTOMES

—

L'appendicite peut se présenter sous une forme très atténuée : apparition, ordinairement subite, au cours de la bonne santé, d'une douleur souvent très violente, siégeant dans la fosse iliaque droite. Cette douleur, qui peut exister seule ou s'accompagner de tension abdominale, état nauséeux, vomissements, est toujours de courte durée, et l'accès se termine brusquement en douze, vingt-quatre ou trente-six heures. C'est la « colique appendiculaire » de M. Talamon.

D'autre fois, sans que la crise ait plus de gravité, les traits du tableau sont un peu plus accentués. A la douleur s'ajoutent de la fièvre, ordinairement légère, quelques vomissements, de la constipation, et souvent, le deuxième ou le troisième jour, un empâtement profond plus ou moins étendu. Rapidement les phénomènes dou-

loureux s'apaisent, les signes physiques disparaissent peu à peu et tout rentre dans l'ordre.

Dans l'un et l'autre cas l'inflammation de l'appendice n'a pas franchi le premier degré ; elle est restée congestive ou plastique [1].

Dans une seconde forme, le début étant le même, les phénomènes douloureux et les troubles digestifs persistent, la fièvre atteint 38,5 à 39°, le pouls s'accélère parallèlement. De plus, la tuméfaction iliaque augmente et devient plus douloureuse à la pression. L'existence d'une collec–

---

[1] Nous venons de voir (p. 83) pourquoi nous ne pouvons admettre la *colique appendiculaire* telle que l'entendait M. Talamon. Le mot mérite cependant d'être conservé ; il exprime bien la soudaineté, l'intensité douloureuse et aussi la fugacité de certaines crises d'appendicite.

Peut-être, avons-nous dit, dans certains cas exceptionnels, s'agit-il alors d'une surdistension de l'organe par les produits de sécrétion contenus. Mais on peut soutenir aussi que, en pareille circonstance, il se produise une simple poussée congestive avec léger retentissement péritonéal ; et cela d'autant mieux que, comme nous l'avons vu (p. 75), les lésions histologiques de l'appendicite chronique précéderaient toujours, d'après M. Letulle, celles de l'appendicite cliniquement appréciable.

Quoi qu'il en soit, il n'existe pas entre les deux cas cliniques que nous avons supposés ci-dessus, des différences telles qu'il soit nécessaire d'en faire deux formes distinctes : colique appendiculaire dans l'un, appendicite simple dans l'autre.

tion purulente enkystée se montre de plus en plus évidente. Si l'on n'intervient pas, le pus peut se faire jour à travers la paroi abdominale, ou bien encore se fraie un passage dans l'intestin, la vessie, etc. Parfois l'abcès se rompt dans le péritoine, et l'on voit rapidement éclater tous les signes de la troisième forme de la maladie : la péritonite généralisée.

Celle-ci ne se produit pas toujours par le mécanisme que nous venons de dire ; elle peut aussi résulter d'une perforation directe de l'appendice dans la grande cavité péritonéale, sans abcès péri-appendiculaire intermédiaire, ou enfin être due à la simple propagation de l'inflammation de l'appendice à la séreuse qui le recouvre. Quelle que soit l'origine de ces accidents, la péritonite se généralise rapidement et entraîne toujours la mort.

Telles sont, rapidement esquissées, les principales formes symptomatiques de l'appendicite : *appendicite simple ou avec péri-appendicite — péri-appendicite suppurée — péritonite généralisée.* Cette division, un peu schématique, est devenue classique ; elle correspond assez exactement, à la fois, aux différents modes d'évolution clinique de l'affection et aux formes anatomo-pathologiques que nous avons établies. Elle

facilite du moins la description, et nous nous y tiendrons.

Nous n'envisagerons, tout d'abord, que les cas où l'appendice occupe son siège normal dans la fosse iliaque droite.

1° Appendicite simple. Appendicite avec péritonite localisée et adhérences, sans suppuration. — *Prodromes.* — L'affection peut débuter et débute en réalité souvent dans l'état de parfaite santé apparente. Plus souvent qu'on ne le pense cependant il est possible de trouver, si on les recherche, dans les antécédents des malades, des troubles digestifs qui constituent de véritables prodromes de l'appendicite [1].

Parfois, c'est depuis plusieurs mois ou même plusieurs années qu'il existait de la dyspepsie, des accidents d'entérite muco-membraneuse, de lithiase intestinale.

Dans d'autres cas, les troubles digestifs, dyspepsie, inappétence, constipation ou diarrhée, n'ont débuté que depuis quelques jours. On croit à un simple catarrhe intestinal qu'on traite par

---

(1) Jules Simon. — *Des accidents prémonitoires des typhlites, péri-typhlites et appendicites.* « Bullet. médical », sept. 1891, p. 849.

des purgatifs, par des lavements, jusqu'au jour où surviennent des accidents plus sérieux.

Enfin, comme nous l'avons dit, la crise appendiculaire peut éclater dans le cours ou au déclin d'une fièvre typhoïde ou même d'une affection générale.

Mode de début. — Le premier symptôme de l'affection est parfois une sensation de pesanteur, de gêne, de tension douloureuse dans la fosse iliaque droite. Ce cas est rare. Ordinairement le début est remarquable par son acuité et caractérisé par l'apparition d'une douleur abdominale violente, paroxystique, « en coup de pistolet » (Roux).

Le siège initial de la douleur est souvent mal indiqué par les malades. Certains en placent bien le point de départ dans la fosse iliaque droite ; d'autres sont moins explicites, parlent d'une souffrance généralisée à tout l'abdomen ; quelques-uns, et d'après notre expérience ce cas serait assez fréquent, la localisent au creux épigastrique.

Presque toujours des nausées et des vomissements, du ballonnement du ventre accompagnent la douleur.

Chez certains sujets nerveux, on peut observer à cette période « des douleurs abdominales sur-

aiguës, une hyperesthésie extrême du ventre, des vomissements porracés, le facies grippé, le refroidissement des extrémités » (Talamon) ; il est souvent difficile de reconnaître s'il s'agit alors de simple péritonisme ou de péritonite vraie.

Symptômes fonctionnels. — Au bout de quelques heures, parfois seulement au bout de quelques jours, la douleur se localise nettement dans la fosse iliaque droite. La palpation permet de préciser son siège maximum en un point assez constant (point de Mac Burney), qui correspond à peu près à l'insertion cœcale de l'appendice et qui est situé au milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. La douleur présente souvent des irradiations à tout l'abdomen, au pli de l'aine, au testicule qui peut être rétracté, au membre inférieur dont les mouvements sont parfois difficiles.

Outre cette douleur profonde, spontanée et exaspérée par la pression, il existe fréquemment une hyperesthésie cutanée que révèle le contact de la pulpe du doigt ou de la pointe d'un crayon (Dieulafoy).

Signes physiques. — Le ballonnement du ventre, assez marqué au début, diminue ordinairement.

La contracture des muscles abdominaux, qui se traduit souvent à l'œil par une diminution sensible de l'espace qui sépare le rebord costal droit de la crête iliaque, rend difficile l'examen de la fosse iliaque et donne à la main qui explore la sensation d'une induration localisée. Pour vaincre cette vigilance musculaire, le palper sera pratiqué lentement, progressivement, avec méthode. On ne saurait trop recommander la douceur dans l'examen d'un malade chez lequel on soupçonne une appendicite.

Même ainsi conduite, l'exploration manuelle peut, au début de l'affection, ne fournir aucun renseignement. Il en est ainsi, par exemple, dans les cas atténués, désignés à tort sous le nom de pseudo-appendicite ou de colique appendiculaire, où tout se borne à la douleur, à un peu de contracture musculaire et à quelques troubles digestifs.

Pour peu que la maladie se prolonge, il est rare qu'une recherche prudemment faite ne permette de reconnaître l'existence d'une tuméfaction iliaque, profonde, manifestement rétro-pariétale.

Les caractères de ce gonflement sont variables. Exceptionnellement, c'est une petite tumeur sensible, de la grosseur du petit doigt,

plus ou moins ovoïde ou arrondie, dont l'axe reste parallèle au ligament de Poupart, et qui ne serait autre, suivant certains auteurs, que l'appendice lui-même enflammé et distendu, ou, plus exactement, déjà épaissi par les exsudats plastiques qui l'entourent.

Le plus ordinairement on ne perçoit qu'une tuméfaction plus ou moins étalée, à contours mal définis, sans dureté vraie ; on sent quelque chose qui résiste à la pression, tandis que, du côté opposé, les doigts pénètrent librement dans la profondeur.

Dans certains cas enfin, à mesure que les jours se passent, l'induration devient très nette ; elle forme un véritable plastron, appliqué derrière la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade de Fallope, pouvant atteindre et dépasser en étendue une paume de main.

La recherche de la tuméfaction iliaque et de ses caractères a une telle importance pour le diagnostic et le traitement qu'on sera autorisé, pour peu qu'elle n'ait pas la netteté suffisante, à endormir le malade pour explorer le ventre.

Le toucher rectal — *qui devrait être pratiqué chez tout malade atteint d'appendicite* — ne sera pas négligé. On pourra par ce moyen dé-

couvrir des empâtements péri-appendiculaires qui échappent absolument au palper, ou, du moins, apprécier l'étendue et les connexions de ceux que la palpation a déjà permis de reconnaître.

La percussion de la région ne révèle aucun changement de sonorité au début de l'affection. Plus tard, elle peut déceler l'existence d'une zone de submatité, plus rarement de matité complète, correspondant à l'induration perçue par le palper et due aux exsudats péri-appendiculaires. L'absence presque constante de matité absolue prouve bien que l'intestin sous-jacent contient une certaine quantité de gaz et que la tuméfaction n'est nullement formée par une accumulation de matières dans le cœcum, comme on l'admettait autrefois d'une manière purement théorique.

La submatité est souvent superficielle ; on la perçoit facilement par le procédé de la chiquenaude et par comparaison avec la sonorité de la fosse iliaque gauche. Par la percussion profonde on trouve la sonorité intestinale.

Symptômes généraux. — La température s'élève d'ordinaire à 38 ou 39°. On a dit que la fièvre pouvait manquer ; il est plus exact de dire qu'elle peut être très atténuée. Le pouls ang-

mente un peu de fréquence, mais correspond à l'élévation thermique et reste fort.

Les nausées et les vomissements du début persistent ordinairement, mais peuvent disparaître. L'inappétence est complète, la langue est sale. La constipation est habituelle ; rarement elle fait place à de la diarrhée.

Marche. Terminaisons. — Après trois, quatre ou cinq jours, parfois plus tôt, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, les symptômes s'amendent : la douleur diminue d'acuité et disparaît bientôt complètement, même à la palpation ; la constipation cède spontanément, les vomissements cessent.

La résorption de l'induration abdominale tarde davantage, mais peut être assez rapide ; au bout de douze à quinze jours en général toute trace de tuméfaction, même étendue, a ordinairement disparu.

Toutefois, si cette terminaison heureuse est fréquente, elle n'est pas constante, et l'affection, au lieu de régresser, passe au second stade.

2° Péri-appendicite suppurée. — Anatomiquement ce deuxième degré de l'appendicite diffère assez nettement du premier. Cliniquement il n'en est pas de même. On comprend, en

effet, que le développement d'un petit abcès au centre des fausses membranes qui entourent l'appendice ne suffise pas à déterminer des symptômes bien nets, permettant d'en reconnaître l'existence. Aussi le tableau clinique de la péri-appendicite suppurée, au début, ressemble-t-il complètement à celui que nous venons de tracer.

Il importe cependant d'indiquer à quels signes on peut soupçonner, du moins, la formation du pus autour de l'appendice.

Pour certains auteurs, l'existence d'une induration nette dans la fosse iliaque avec matité, ou même seulement submatité évidente, serait suffisante pour affirmer l'abcès. Ils appuient leur opinion sur ce fait que tous ceux qui opèrent systématiquement, en pareille circonstance, ont mis une collection purulente à jour ; que si on n'a pas opéré et que la guérison survienne cependant, c'est que ces petits foyers peuvent se résorber ou se vider dans l'intestin. Pour eux donc *toute péri-appendicite cliniquement appréciable serait suppurée.*

Cette opinion ne nous semble pas absolument justifiée. Il est relativement fréquent de voir disparaître par résolution de vastes gâteaux inflammatoires péri-appendiculaires, et il paraît

difficile d'admettre, dans tous ces cas, la résorption d'un pus toujours très septique ou son évacuation par l'intestin. Il est plus rationnel de croire que l'inflammation est restée plastique et a pu, malgré son étendue, se terminer par résolution.

Il n'en reste pas moins que la présence d'une induration iliaque nette, persistante, très douloureuse à la pression, est une présomption en faveur de l'existence d'une collection purulante.

Cette présomption approche de la certitude si à cet état local se joignent certains indices tirés de l'examen de l'état général du malade. On pourrait croire que nous voulons parler ici de l'intensité de la fièvre. Il est habituel, en effet, lorsque l'appendicite passe de la phase plastique à la phase suppurative, que l'état fébrile persiste ou s'accentue ; mais la température ne dépasse pas ordinairement 38 à 39°, degré qu'elle atteint souvent dès la première période de la maladie.

Il peut se faire aussi qu'elle s'abaisse un peu au-dessous de 38° et que l'on doive cependant songer à la formation du pus *si le pouls ne diminue pas parallèlement de fréquence.* M. Jalaguier a depuis longtemps insisté sur l'impor-

tance de ce caractère de la *dissociation du pouls et de la température*. Il y a vu avec raison l'indice de la participation du péritoine à la phlegmasie. Ne peut-on pas se demander si ce signe n'indique pas, en même temps, que la suppuration est chose accomplie, le péritoine voisin commençant à réagir lorsque les produits septiques de la suppuration sont formés ?

Quoi qu'il en soit de cette explication théorique, le fait clinique demeure et conserve sa haute importance.

Le praticien exercé saura enfin tirer de la seule inspection du malade — de l'altération des traits, de l'examen des yeux, de l'état de la respiration — des renseignements précieux qu'il est plus facile d'indiquer d'un mot que de préciser rigoureusement.

Nous n'avons ici en vue que cette période intermédiaire et d'appréciation très difficile, où pendant quelques jours il est permis de se demander si l'exsudat péri-appendiculaire demeure plastique ou tourne à la purulence.

Plus tard, si le malade est malheureusement abandonné à lui-même, surviennent des signes qui ne laissent plus place au doute.

La peau de la région iliaque devient rosée et présente une légère élévation de température

locale. Au-dessous d'elle se dessinent quelques veines anormalement dilatées. Il n'est pas rare d'observer un léger œdème de la région ; la pression de la pulpe du doigt à ce moment laisse une empreinte, très fugace sans doute, mais indéniable, et qu'on ne peut reproduire à gauche. Ce signe n'est pas absolument constant, mais a une certaine valeur diagnostique.

Comme à la période de péri-appendicite plastique, la percussion révèle l'existence d'une zone de matité rarement complète. La matité peut être remplacée par de la sonorité quand le foyer purulent est rétro-cœcal. Parfois on constate une sonorité exagérée, superficielle, hydro-aérique et due aux gaz épanchés dans la collection péri-appendiculaire à travers une perforation de l'appendice.

La recherche de la fluctuation est inutile, car elle ne donne aucun renseignement précis, à moins que le pus ne fasse saillie sous la peau ; elle est en outre infidèle, car on peut être trompé par les sensations que fournissent le cœcum et le côlon distendus par les gaz. Ajoutons qu'elle est dangereuse : plus que jamais il importe, en effet, de se souvenir que la palpation de la région doit être faite avec douceur ; il est arrivé qu'une malaxation imprudente a amené la rup-

ture dans le péritoine d'une collection jusque-là enkystée.

Ces différents signes, qui, par leur réunion, permettent d'affirmer l'existence d'une suppuration péri-appendiculaire, apparaissent trop tardivement pour qu'on puisse, si on ne veut s'exposer à de graves mécomptes, attendre leur apparition pour décider de l'opportunité d'une intervention. Aussi a-t-on proposé et pratiqué, surtout en Allemagne, la ponction exploratrice comme moyen de diagnostic. En France cette méthode compte peu de partisans. Roux l'a parfaitement jugée en la déclarant « quelquefois dangereuse, très rarement suivie de résultat et toujours inutile ».

Marche et terminaisons. — En dehors de l'intervention chirurgicale, la guérison est spontanément possible à ce stade de l'appendicite. Nous avons vu que, lorsque le pus est peu abondant, on admet qu'il peut se résorber. Vers le cinquième, sixième ou septième jour une amélioration manifeste se produit, qui peut être définitive. Plus souvent l'affection continue à évoluer et le pus tend à se faire jour en diverses directions :

1° Il peut faire irruption dans la grande cavité péritonéale, parfois à l'occasion d'un effort ou

d'un examen trop brutal de la région malade, et déterminer la production d'une péritonite généralisée.

2° Assez fréquemment l'ouverture de la collection purulente se produit dans le cœcum, le rectum ou une anse de l'intestin grêle. Il en résulte une diminution des phénomènes douloureux coïncidant parfois avec un affaissement de la tumeur iliaque ; l'examen des selles permet parfois d'y découvrir la présence du pus. L'évacuation du pus par l'intestin paraît assez favorable et constitue un des modes de guérison spontanée de la péri-appendicite suppurée. Plus rarement l'abcès s'ouvre dans la vessie, le vagin, etc.

3° Le pus peut enfin, en se dirigeant vers l'extérieur, venir pointer sous les téguments de la région abdominale antérieure ou postérieure ; la peau rougit, puis s'ulcère et livre passage à un écoulement purulent ou pyo-stercoral qui persiste indéfiniment si on n'intervient pas.

En somme, l'ouverture spontanée de la péri-appendicite suppurée peut conduire à la guérison. Plus souvent cette issue est grave ou incertaine en raison des troubles qui en résultent immédiatement (péritonite généralisée) ou de la suppuration interminable qui la suit.

L'évolution de la péri-appendicite suppurée est ordinairement aiguë et progressive. Elle est quelquefois subaiguë. Plus rarement elle présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation qu'il faut connaître pour éviter des erreurs de pronostic funestes au point de vue thérapeutique.

Parfois, en effet, après quelques jours d'évolution aiguë, les accidents diminuent d'intensité et l'on croit à la guérison prochaine du malade. Cependant, après une accalmie de plusieurs jours, des signes fâcheux réapparaissent, spontanément ou à l'occasion d'un mouvement intempestif ou de la reprise prématurée de l'alimentation. Trop souvent on assiste en pareil cas au développement rapide d'une péritonite généralisée. La cause de ces rechutes est la persistance d'un abcès péri-appendiculaire qui, resté latent pendant plusieurs jours et réveillé brusquement, s'est ouvert dans la grande cavité péritonéale. Il est heureusement possible de soupçonner cette latence des lésions. Souvent, en effet, dans ces cas, la persistance de quelques phénomènes locaux (douleur, tuméfaction), ou généraux (fièvre, rapidité du pouls, facies mauvais, amaigrissement) doit tenir le médecin en éveil et justifie une intervention immédiate.

3° Péritonite généralisée. — L'infection généralisée du péritoine qui succède à une appendicite perforante ou non perforante ne se présente pas toujours sous le même aspect clinique. On peut, comme nous l'avons vu, en décrire trois types : la péritonite généralisée non suppurée, la péritonite généralisée suppurée, la péritonite généralisée septique (septicémie péritonéale), improprement appelée perforante, puisqu'elle peut se développer sans perforation de l'appendice.

A. Péritonite généralisée non suppurée. — Cette forme, probablement rare et assez mal connue, éclaterait au cours d'une péri-appendicite circonscrite, ayant très probablement abouti à un abcès. Elle se caractérise par l'apparition de l'ensemble des phénomènes décrits par Gubler sous le nom de péritonisme. Il est probable, en effet, que souvent le péritoine n'est pas sérieusement touché. Il suffit, dans ces cas, d'évacuer l'abcès péri-appendiculaire, pour voir les phénomènes alarmants disparaître aussitôt.

Parfois aussi on se trouve en présence d'une véritable péritonite généralisée non suppurée, comme l'un de nous a pu en observer un cas [1].

---

[1] Termet (A). et Vanverts (J.). — *L. c.* Obs. XV.

B. Péritonite généralisée suppurée. — Elle peut se développer, en apparence, d'emblée. Plus souvent, elle succède à la rupture d'un abcès péri-appendiculaire, antérieurement constaté.

Elle se manifeste, dans ce dernier cas, par la recrudescence souvent brusque de la douleur abdominale qui tend à se généraliser à tout le ventre, s'accompagnant bientôt de vomissements incessants, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés. La constipation est absolue. La température ne dépasse guère 39° ; le pouls devient petit et rapide. Le ventre est tendu, dur, ne se laissant pas explorer, partout sensible au palper. Souvent, cependant, on peut déterminer un maximum de douleur dans la fosse iliaque droite. Au même point on peut aussi constater l'existence d'une zone d'induration et de matité. Les signes d'une collection abdominale se perçoivent parfois mieux à l'aide du toucher rectal, qui permet de reconnaître une accumulation liquide dans l'excavation.

Les phénomènes s'accentuent rapidement. Les vomissements persistent, le ventre se ballonne, le facies altéré dès le début se grippe de plus en plus, le pouls toujours rapide devient fuyant, la température tend à s'élever ou au contraire s'abaisse pour remonter ordinairement dans les

dernières heures ; les extrémités se refroidissent. Le malade d'abord agité, avec idées délirantes, finit par perdre complètement connaissance et succombe.

La mort, qui survient parfois en quarante-huit heures, peut tarder jusqu'au cinquième ou sixième jour.

Si, au lieu d'être consécutive à l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire, la péritonite suppurée se développe d'emblée, le premier signe est la douleur subite, ordinairement à droite, parfois à l'ombilic ou à l'épigastre, mais se généralisant vite comme dans le cas précédent. Tous les signes se déroulent dans l'ordre que nous venons de dire. La marche et la terminaison sont les mêmes.

On comprend que dans ces cas, où à la douleur subite se joignent des vomissements et une constipation complète, portant parfois aussi bien sur les gaz que sur les matières, on puisse, en l'absence de toute localisation évidente dans la fosse iliaque, songer à un étranglement interne. L'erreur a été souvent commise.

Parfois, à la suite de l'apparition des phénomènes graves et diffusés à tout le ventre qui marquent le début de la péritonite généralisée, les lésions semblent se localiser ou du moins

une certaine détente se produit. Et en réalité, comme nous l'avons vu en traitant de l'anatomie pathologique, la suppuration peut n'être pas étendue à tout le péritoine, mais former des foyers multiples, limités par des adhérences (Nélaton). C'est alors surtout que, souvent contre toute attente, l'intervention chirurgicale a pu être efficace. Cette forme, d'une gravité moindre, n'est guère reconnue qu'au moment de l'opération.

C. Péritonite généralisée septique (*septicémie péritonéale*). — Tandis que la variété précédente est presque toujours secondaire à l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire, celle-ci est ordinairement primitive et se développe d'emblée, consécutivement à une inflammation perforante ou non perforante de l'appendice.

Comme l'a montré M. Jalaguier [1], qui l'a bien étudiée, cette forme se caractérise par l'absence presque complète de retentissement péritonéal et par l'importance des phénomènes d'intoxication donnant lieu à des signes généraux graves.

Les phénomènes abdominaux manquent, en

---

[1] Jalaguier (A.). — *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 31 juillet 1895, t. XXI, p. 601.

effet, pour ainsi dire complètement ; le ventre est plat, souvent rétracté, insensible, sauf cependant dans la région de la fosse iliaque droite ; et encore faut-il rechercher la douleur en ce point avec attention pour la déceler ; elle ne s'accompagne en tout cas jamais de tuméfaction appréciable.

La percussion est négative au début ; plus tard on peut trouver une légère submatité au-dessus des arcades crurales.

Les vomissements font parfois absolument défaut ou sont peu abondants. La constipation est souvent remplacée par de la diarrhée. La température qui a pu s'élever dans les premières heures, est normale ou abaissée ; le pouls est petit, irrégulier, très fréquent et devient incomptable ; la respiration est accélérée. Le facies est non seulement grippé, mais terreux et plombé. La soif est vive, la langue est blanche, rouge à la pointe et sur les bords. Les extrémités sont refroidies. Les urines, souvent albumineuses, sont peu abondantes et parfois supprimées. Le malade est agité, en subdelirium ; il peut aussi conserver jusqu'au bout son entière connaissance.

Le début peut être brutal, marqué par l'apparition d'une vive douleur abdominale survenant

dans le cours d'une bonne santé, douleur qui fait vite place à l'indolence que nous avons dite. Plus souvent il est insidieux ; on peut croire à une simple indigestion, se manifestant par quelques vomissements ou de la diarrhée souvent fétide (Brun).

Quel qu'ait été le début, les accidents évoluent avec une extrême rapidité ; il est rare que la mort tarde au-delà du troisième ou quatrième jour, parfois elle survient au bout de trente-six ou quarante-huit heures.

Nous avons dû, pour donner une description claire de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire, établir des types qui répondent assez bien aux différents aspects cliniques de l'affection, mais qui présentent le défaut inévitable d'être trop schématiques. C'est qu'en effet l'infection du péritoine ne se présente pas toujours avec des symptômes suffisamment nets pour qu'on puisse facilement la classer dans l'une des trois catégories que nous avons décrites.

Le même souci de la clarté nous a conduits à décrire la septicémie péritonéale comme se produisant toujours d'emblée, par propagation de l'inflammation appendiculaire ou par perfora-

tion de l'appendice. C'est là, en effet, le mode de développement habituel de cette forme de péritonite généralisée. Elle peut cependant reconnaître pour cause la propagation d'une péri-appendicite localisée ou la rupture d'un abcès péri-appendiculaire. L'absence ou le peu d'intensité des phénomènes locaux dans la septicémie péritonéale expliquent que dans les cas de ce genre, où pendant quelques jours on a assisté à l'évolution d'une péri-appendicite bien circonscrite, le développement de cette grave complication soit méconnu pendant les premières heures.

Il est cependant un symptôme dont nous avons déjà eu occasion de signaler la valeur, qui permettra toujours de soupçonner l'atteinte de la séreuse ou même la tendance de l'inflammation à gagner le péritoine, c'est l'accélération du pouls coïncidant avec une température normale ou peu élevée. La discordance du pouls et de la température acquiert dans ces circonstances une valeur diagnostique considérable.

Parfois aussi, lorsque le malade a pu être suivi de près et avec soin, on a pu, en pareille circonstance, constater la disparition d'une tuméfaction iliaque qui existait certainement quelques heures auparavant, disparition qui a

pu s'accompagner d'une recrudescence de la douleur et d'une aggravation de l'état général ; après quoi le calme trompeur s'est produit. Il est vrai que d'ordinaire ce calme dure peu et que bientôt apparaissent quelques signes qui permettent d'affirmer l'envahissement du péritoine.

Ces cas n'en demeurent pas moins d'un diagnostic difficile. C'est dans ces conditions que le chirurgien, appelé souvent à l'improviste à opérer un malade atteint d'une appendicite dont le début a été ordinaire, mais qui a pris subitement une allure grave, se trouve en présence de lésions péritonéales beaucoup plus étendues qu'il n'était en droit de le penser.

4° De quelques autres formes de l'appendicite. — Nous venons de voir que l'appendicite peut, suivant sans doute la virulence des microbes pathogènes, se présenter sous des aspects divers allant de la simple crise douloureuse éphémère à la septicémie péritonéale d'emblée.

Certaines différences symptomatiques peuvent encore résulter du siège occupé par les lésions appendiculaires et péri-appendiculaires, d'où quelques nouvelles formes cliniques, correspondant à celles que nous avons déjà indiquées au chapitre de l'anatomie pathologique.

1° *Appendicite antérieure.* — C'est la forme que nous avons prise pour type de notre description de l'appendicite. La tuméfaction péri-appendiculaire ne siège pas toujours exactement dans la fosse iliaque droite ; elle occupe parfois une situation plus élevée et peut même se développer en avant de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. Cette forme répond aux variétés anatomo-pathologiques ilio-inguinale et antérieure.

2° *Appendicite postérieure ou rétro-cœcale.* — Ce qui caractérise cette forme, c'est l'absence presque complète de signes physiques. En effet, la tuméfaction, en raison de sa situation profonde, n'est pas ou est peu perceptible, sauf pendant l'anesthésie chloroformique ; et la présence du cœcum en avant d'elle empêche de reconnaître à son niveau la moindre submatité, à moins qu'elle n'ait acquis un volume considérable et rejeté le cœcum et le côlon en dedans.

3° *Appendicite pelvienne.* — D'après Dormoy ([1]), les *appendicites à forme pelvienne ne seraient jamais exclusivement pelviennes* et se révèleraient toujours par une douleur, à la pres-

---

([1]) Dormoy. — *De l'appendicite à forme pelvienne.* « Thèse de Lyon ». 1897, n° 87, p. 25.

sion, dans la fosse iliaque droite et par une tuméfaction dans ce même point.

On peut cependant, à certains indices, soupçonner l'existence d'un prolongement pelvien. Le toucher rectal permet de découvrir dans le petit bassin et à droite, soit une tuméfaction dure, résistante, soit une fluctuation plus ou moins nette (*appendicite prérectale*). On arrive même souvent à trouver au milieu de cette tuméfaction généralement volumineuse un point limité et particulièrement douloureux.

4° *Appendicite interne* (*médiane ou latérale gauche*). — Les symptômes fonctionnels et physiques de l'appendicite sont localisés dans la région de l'hypogastre ou de l'ombilic. Parfois ils siègent à gauche de la ligne médiane [1].

5° *Appendicite herniaire.* — Les troubles dus à l'inflammation d'un appendice situé dans un sac herniaire sont tantôt ceux de la hernie étranglée, tantôt ceux d'une péritonite herniaire. Quand l'appendicite est suivie de la production d'une péri-appendicite suppurée, on voit se développer au niveau de la hernie une collection

---

[1] TERMET (A.) et VANVERTS (J.). — *De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite* « Gazette des Hôpitaux » 9, 11, 16 et 20 mars 1897.

liquide, inflammatoire, renfermant parfois des gaz échappés de l'appendice.

Il nous resterait à parler des signes de l'*appendicite tuberculeuse* et de l'*appendicite actinomycosique*. Nous renvoyons ce que nous avons à dire à ce sujet au chapitre *Diagnostic*.

COMPLICATIONS [1]

—

En étudiant l'évolution de l'appendicite, nous avons signalé certaines éventualités, telles que la péritonite généralisée par perforation d'une péri-appendicite suppurée, l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire dans les différents organes de l'abdomen, qui constituent souvent de véritables complications.

Les autres complications de l'appendicite sont plus rares. Elles peuvent apparaître à la suite de l'appendicite la plus bénigne, par transport à distance des germes infectieux. Plus souvent, elles surviennent dans les cas où l'incurie du médecin ou du malade, ou la marche insidieuse

---

[1] Les complications de l'appendicite ont été récemment bien étudiées dans le travail de E. Piard. — *Des suppurations à distance dans l'appendicite*. « Thèse de Paris ». 1896, et « Archiv. gén. de Médecine », 1896, VIIIe série, t. VI, p. 290, 436 et 560.

de la maladie ont laissé à celle-ci le temps d'évoluer.

1° Abcès du tissu cellulaire iliaque (para-appendicite).— Nous avons vu que ces abcès ne reconnaissent pas toujours la même origine et que tantôt ils sont en rapport direct avec l'appendice (abcès juxta-appendiculaires), tantôt ils en sont indépendants (abcès à distance). Ces derniers sont remarquables par l'insidiosité de leur début, le faible degré de l'élévation thermique, la lenteur de leur évolution, l'intervalle plus ou moins long qui sépare leur apparition de celle des troubles intestinaux dont ils dérivent.

Ce sont là des caractères qui bien souvent égarent le diagnostic et empêchent de rapporter ces accidents à leur véritable origine. Ces abcès, en outre, peuvent fuser très loin de leur point de départ, et leur poche principale se développe parfois à une certaine distance de la fosse iliaque.

Ils présentent trois variétés, lombaire, pelvienne et crurale. La variété *lombaire* est la plus fréquente ; elle se manifeste sous la forme d'une saillie dans la région lombaire et peut simuler un abcès périnéphrétique ; la collection remonte parfois jusque dans le thorax. La va-

riété *pelvienne* ne peut souvent être distinguée de la péri-appendicite pelvienne. Dans la variété *crurale*, la plus rare, l'abcès vient faire saillie à la partie supérieure de la cuisse en suivant la gaîne des vaisseaux fémoraux.

L'inflammation peut, dans des cas très rares, atteindre le psoas iliaque sous-jacent et déterminer de la psoïtis.

2° Abcès de la paroi abdominale. — Ici encore la collection est en rapport direct avec un appendice adhérant anormalement à la paroi abdominale (abcès juxta-appendiculaire), ou bien elle se forme à distance de l'appendice. Dans ce dernier cas, l'abcès est dû au transport par voie lymphatique ou veineuse de l'agent infectieux parti de l'appendice. Ces abcès à distance se développent presque uniquement dans les formes chroniques ou subaiguës de l'appendicite; ils ne suivent pas immédiatement les accidents intestinaux et n'apparaissent que quelque temps après l'orage appendiculaire.

On peut les observer en tous les points de la paroi abdominale. Nous signalerons, en particulier, l'abcès hypogastrique qui a été, croyons-nous, souvent confondu avec le phlegmon de la cavité de Retzius; celui-ci, considéré comme

étant ordinairement d'origine vésicale, relèverait plus souvent d'une appendicite. Les troubles gastro-intestinaux au début de l'affection sont, en effet, fréquemment notés dans les observations publiées ; à ce point que dans le tableau clinique du phlegmon de la cavité de Retzius les troubles digestifs constituent, d'après les auteurs, une première période presque constante.

3° Pyléphlébites, abcès du foie. — Les abcès du foie d'origine appendiculaire, signalés par Leudet (1) en 1859, par Ashby (2) en 1879, par Gendron (3) en 1883, ont pris place officiellement dans l'histoire de l'appendicite depuis la communication d'Achard (1894) (4).

---

(1) Leudet (E.). — *Mém. cité*, p. 324. — Leudet rapporte deux cas d'abcès du foie consécutifs à l'appendicite, appartenant à Broca et à Buhl. Dans l'un et l'autre, ily avait thrombose de la veine porte.

(2) Ashby (H.). — *A case of pyæmic abscess of liver, secondary to an ulcer of the cæcal appendix, resulting from impaction of a pin.* « The Lancet », 1er nov. 1879, t. II, p. 649.

(3) Gendron (F.). — *Étude sur la pyléphlébite suppurative.* « Thèse de Paris », 1883.

(4) Achard (Ch.). — *Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires.* « Soc. méd. des hôp. », 16 nov. 1894, p. 793. — V. aussi Berthelin. — *Complications hépatiques de l'appendicite.* « Thèse de Paris », 1895.

Ils constituent une complication rare de l'appendicite et ont été notés presque exclusivement dans le jeune âge ; ils peuvent apparaître dans toutes les formes de l'affection, mais surtout dans la forme subaiguë.

Ce sont des abcès aréolaires, formant une collection unique et volumineuse ou disséminés en petits foyers multiples. Ils se développent toujours autour d'un rameau porte et sont circonscrits à la zone de sa distribution ; ils sont accompagnés très souvent de pyléphlébite à point de départ appendiculaire. Ils succèdent donc à une infection partie de l'appendice, qui atteint le parenchyme hépatique par voie veineuse, et marquent la première étape d'une infection généralisée à laquelle le foie semble apporter une barrière souvent efficace.

Dans le cours d'une appendicite, alors que les phénomènes morbides ont en partie disparu, l'infection du foie vient subitement modifier le tableau clinique : la température s'élève brusquement, à la suite d'un ou de plusieurs frissons, et prend parfois un caractère intermittent paludique ; l'anorexie est absolue, accompagnée de nausées et de vomissements ; la langue est sèche ; les urines sont rouges, de coloration acajou, renfermant de l'urobiline, parfois un peu

d'albumine ; les conjonctives prennent une teinte subictérique ; une souffrance plus ou moins vive apparaît dans la région hépatique. Le foie augmente de volume ; parfois il présente une tuméfaction localisée qui se développe vers la paroi abdominale ou vers le thorax ; la rate est ordinairement hypertrophiée. Il existe parfois un épanchement ascitique plus ou moins considérable, qu'accompagne le développement de la circulation collatérale au niveau de la paroi abdominale.

L'abcès a peu de tendance à s'ouvrir spontanément au dehors. Au contraire, l'infection diffuse à l'intérieur, et l'apparition de nouveaux foyers intra et péri-hépatiques vient encore compliquer la situation déjà si critique, quand une infection généralisée ne hâte pas la terminaison.

Le pronostic semble absolument fatal en l'absence de l'intervention chirurgicale. Celle-ci n'est efficace que si elle est précoce et que si l'abcès est unique. Malheureusement ces deux conditions de succès manquent souvent, car les abcès sont fréquemment multiples et le diagnostic en est difficile.

4° Pleurésie. — La pleurésie, séreuse ou purulente, a été observée dans l'appendicite.

D'après Wolbrecht [1], les complications pleurales seraient notées plus fréquemment (35 % des cas d'après lui), si l'on avait soin d'examiner la région pleurale chez tous les malades. La pleurésie est généralement unilatérale et siège à droite.

On peut diviser ces cas en deux groupes, la pleurésie par effraction et la pleurésie à distance.

La *pleurésie par effraction*, toujours purulente, succède à l'ouverture dans la cavité pleurale, par perforation du diaphragme, d'une collection sous-phrénique péritonéale ou sous-péritonéale, qui est soit un abcès à distance de l'appendicite, soit l'abcès péri-appendiculaire lui-même, de siège anormal [2]. Le foyer pleural contient ordinairement des gaz et des matières stercorales. Il est inutile d'insister sur la gravité d'une telle complication.

---

(1) Wolbrecht (C.). — *Ueber Pleura-Complicationen bei Typhlitis und Perityphlitis.* « Diss. inaug. » Berlin, 1891.

(2) Ch. Monod. — *Vingt-deux cas d'appendicite. Remarques sur le diagnostic et le traitement.* « Congrès de Chirurgie », 8e session, Lyon, 1894. — L'une des observations rapportées dans ce travail est relative à un cas où cette perforation du diaphragme et de la plèvre s'était faite à *gauche*, le foyer principal de l'appendicite ayant été dans la fosse iliaque gauche.

La pleurésie à distance, dont Croizet [1] a pu réunir une trentaine de cas, purulente ou plus souvent séro-fibrineuse, reconnaît pour cause une lymphangite pleuro-péritonéale, dont le point de départ est l'appendice enflammé.

Dans cette seconde forme, la pleurésie survient quelque temps après une attaque d'appendicite ordinairement subaiguë. Elle se distingue de la précédente par l'époque de son apparition, par son évolution plus insidieuse, la moindre atteinte de l'état général, la guérison plus fréquente après une évacuation suffisante du pus.

5° Lésions pulmonaires. — *Les suppurations pulmonaires* observées dans l'appendicite sont de deu xordres : les unes sont consécutives à la pleurésie purulente ; les autres apparaissent indépendamment de toute lésion pleurale. Celles-ci coïncident avec des abcès dans le foie ou d'autres organes. Ce sont des abcès pyoémiques. C'est là une complication rare de l'appendicite. Les signes généraux de la septicémie masquent ordinairement, en pareil cas, les phénomènes propres à la collection intra-pulmonaire.

---

(1) Croizat. (A.). — *De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite, de la typhlite et de la périty phlite* « Thèse de Lyon », 1893.

M. Le Gendre [1] a récemment appelé l'attention sur les complications du côté de l'appareil respiratoire qu'il a rencontrées plusieurs fois. Constituées par de la *congestion pulmonaire*, de la *splénopneumonie*, elles seraient analogues à celles qui surviennent à la suite de l'étranglement herniaire, du volvulus, de la septicémie intestinale. Ces complications, rares du reste, ne doivent pas contre-indiquer l'intervention.

6° Lésions infectieuses diverses. — On a encore observé dans le cours de l'appendicite des *endocardites*, des *abcès cérébraux*, des *parotidites suppurées*, des *abcès du rein*, des *phlébites de la jambe*, des *abcès de la rate*. Toutes ces localisations dérivent de l'infection générale de l'organisme ; elles ne sont que de simples épiphénomènes au milieu des symptômes graves d'une septicémie qui se manifeste par de la prostration, un amaigrissement rapide, un teint cachectique, du délire, une anurie parfois complète, une température élevée à grandes oscillations, et qui est la cause réelle de la mort.

Heureusement la septicémie généralisée est rare dans l'appendicite. Cela tient, comme l'a

---

(1) Le Gendre (P.). — *Typhlites et appendicites*. « Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux », 1894, p. 859.

parfaitement montré Roux, à ce qu'aujourd'hui on opère plus tôt ; à ce que l'affection non soignée et à marche rapide aboutit trop vite à une terminaison quelconque pour que les métastases aient le temps de se produire ; à ce que, enfin, si l'évolution est lente, la maladie est le plus souvent bénigne et tend à rester locale.

APPENDICITE CHRONIQUE [1]

—

APPENDICITE A RECHUTES, APPENDICITE A RÉPÉTITION

Un malade qui a eu une attaque aiguë d'appendicite reste exposé à de nouvelles et semblables atteintes. C'est là un fait clinique de connaissance aujourd'hui vulgaire.

Il s'explique aisément si l'on veut bien se souvenir que, comme nous l'avons dit plus haut, il peut persister, à la suite d'une crise aiguë, dans l'appendice lui-même ou autour de lui, des lésions plus ou moins accentuées. On

---

[1] Nous avons déjà décrit (p. 39 et p. 50) les lésions de l'appendicite chronique. On trouvera plus loin ce qui a trait à son pronostic (p. 150) et à son traitement (p. 180).

comprend qu'il suffise d'une cause souvent banale — écart de régime, fatigue, refroidissement, etc. — pour déterminer dans ce foyer une nouvelle poussée.

Roux, dans son langage imagé, dit à ce propos : « Celui dont l'appendice a servi une fois d'éponge pour l'infection y restera sujet comme l'amateur de maux de gorge dont les amygdales ont été une première fois enflammées. Le professionnel de l'appendicite garde dans son tissu adénoïde, peut-être à l'état latent de Verneuil, tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle appendicite à l'occasion des moindres causes ».

Il faut ajouter que les rechutes peuvent dépendre aussi des lésions péri-appendiculaires — exsudats plastiques, séreux ou même purulents — qui demeurent après une première attaque, et sont parfois le point de départ de nouvelles crises.

Si ces crises ne se reproduisent qu'à de longs intervalles, et si la santé est bonne pendant la période intermédiaire, on dit qu'il y a *récidive ;* si, au contraire, elles sont très rapprochées, et s'il n'y a jamais retour complet à l'état normal, on dit qu'il s'agit de *rechutes*. Cette distinction absolue entre l'appendicite à récidives et l'appendicite

à rechutes, admise par beaucoup d'auteurs, ne nous semble pas justifiée. La récidive suppose qu'il n'est rien resté de la première atteinte et qu'une nouvelle cause morbide vient créer de toutes pièces une nouvelle lésion ; il s'agit alors d'une nouvelle maladie évoluant pour son propre compte. Les rechutes, au contraire, se rattachant les unes aux autres, sont dues à l'évolution de lésions produites par la même cause. Cette seconde éventualité paraît être de beaucoup la plus fréquente, et il faut admettre avec Damaye [1] — le long temps écoulé entre deux attaques n'étant pas une raison suffisante de distinction — que, si la récidive, au sens où nous avons pris ce mot, n'est pas impossible, elle doit être infiniment plus rare que la rechute.

On désigne donc sous le nom d'appendicite à rechutes, ou mieux encore d'*appendicite à répétition*, une forme particulière de l'inflammation appendiculaire, caractérisée par des poussées revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et due au réveil de lésions latentes, reliquat d'une attaque antérieure.

---

[1] Damaye (L.). — *Du traitement chirurgical de l'appendicite à répétition dans l'intervalle des crises.* « Thèsede Paris », 1895.

Quelle est la fréquence de l'appendicite à répétition ? L'étude des différentes statistiques publiées conduit à conclure que, dans environ 25 % des cas d'appendicite, il s'agit de rechutes.

Les rechutes peuvent se présenter, comme la première attaque, sous des formes cliniques différentes, que nous n'avons pas à décrire ici de nouveau : appendicite simple, appendicite avec péri-appendicite plastique, avec péri-appendicite suppurée, avec péritonite généralisée, secondaire ou d'emblée.

La crise peut aussi n'être, pour ainsi dire, qu'ébauchée : douleur ordinairement vive, quelquefois peu considérable, révélée surtout par la palpation, apparaissant subitement dans la fosse iliaque droite, avec quelques troubles généraux sans importance. Le tout est de courte durée, parfois de quelques heures seulement. Il faut le souvenir d'atteintes antérieures plus accentuées pour reconnaître, en pareil cas, la véritable nature du mal.

Quelle que soit la forme des rechutes, leur nombre est illimité. Elles peuvent survenir à des époques extrêmement variables : plusieurs fois par an, tous les mois, plusieurs fois par mois ; parfois elles sont subintrantes. Plus rarement, on a observé des intervalles de douze,

quinze ans et davantage entre deux crises d'appendicite.

Durant la période de calme la guérison peut être en apparence complète ; c'est là le *type intermittent* de l'appendicite, improprement appelé appendicite à récidives.

Plus souvent persistent des symptômes locaux : le malade ressent de temps en temps dans la fosse iliaque droite quelques douleurs qu'on exaspère ou qu'on réveille par la pression du doigt et qui présentent ordinairement un maximum dans cette région. La palpation est souvent négative ; dans d'autres cas on constate, au niveau du point douloureux, la présence d'une tumeur plus ou moins nette dans laquelle il est bien rare que l'on puisse reconnaître les caractères de l'appendice hypertrophié et dilaté. Fréquemment aussi existent des troubles digestifs, dénotant un catarrhe chronique de la muqueuse intestinale. Cette seconde forme constitue le *type rémittent* de l'appendicite, auquel on a voulu à tort réserver la dénomination d'appendicite à rechutes.

Nous devons encore signaler, comme conséquences éloignées des attaques aiguës d'appendicite, des accidents pouvant se produire, même

après une intervention chirurgicale heureuse, et qui ont été groupés sous la dénomination de *post-appendicites* : — douleurs plus ou moins vives, dues sans doute à des tiraillements d'adhérences — phénomènes d'occlusion incomplète ou absolue, consécutifs à la compression d'une anse intestinale par une bride — troubles digestifs divers, constipation ou vomissements faciles, que l'on rattache à un certain degré de parésie intestinale, probablement d'origine réflexe, ou aux lésions d'entéro-colite qui persistent, etc.

Ces faits sont encore mal connus et appellent de nouvelles recherches.

DIAGNOSTIC

—

1. Diagnostic absolu et différentiel. — Il est permis de dire aujourd'hui que le diagnostic *absolu* de l'appendicite n'offre dans bien des cas aucune difficulté. Lorsque l'affection se présente, en effet, avec son type clinique ordinaire (brusquerie du début, point de côté iliaque, troubles digestifs, contracture des muscles de la région), elle est, même en l'absence de toute tuméfaction iliaque, aussi facile à reconnaître que la pneumonie avec son frisson violent, son point de côté thoracique et son expectoration rouillée (Talamon). La notion de l'existence de crises antérieures a, dans l'espèce, une importance considérable.

Les véritables difficultés tiennent au siège anormal qu'occupent parfois les lésions appendiculaires et péri-appendiculaires.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur le diagnostic dit *différentiel*, exercice scolastique pour lequel nous avons peu de goût. Il est

utile cependant de signaler les confusions qui peuvent être faites aux différentes phases de la maladie. Il suffira le plus souvent pour éviter l'erreur de rappeler qu'elle est possible. Lorsque le diagnostic sera difficile, ce n'est pas un parallèle savamment établi entre des cas types, mais bien l'examen attentif du malade qui seul guidera le clinicien dans le jugement à porter.

1er *cas. — Appendicite simple sans tuméfaction apparente.* — Le symptôme principal est ici la douleur localisée à la fosse iliaque droite, souvent accompagnée de vomissements et de constipation.

L'appendicite, à ce stade, peut être confondue avec des affections douloureuses, coliques hépatiques ou néphrétiques, ou avec celles où les troubles digestifs dominent, simple indigestion, crise douloureuse d'entérite muco-membraneuse, voire même étranglement interne.

Dans la *colique hépatique* on tiendra compte du siège plus élevé de la douleur, spontanée ou à la pression, de son irradiation vers l'épaule, des vomissements plus fréquents, de l'apparition ordinaire d'une teinte subictérique. Mais, au milieu d'une crise hépatique, il est parfois difficile de faire préciser le point maximum de la

douleur, et dans certains cas il existe des irradiations tout le long du côlon ascendant, et jusque dans la fosse iliaque droite (Potain).

Dans la *colique néphrétique* les douleurs, plus vives et plus prolongées, se propagent habituellement jusqu'au testicule. Dans ce cas, comme dans le précédent, l'existence bien constatée d'une crise antérieure de coliques hépatiques ou néphrétiques constitue une forte présomption en faveur du retour de la même affection. Nous disons *bien constatée*, car il arrive souvent qu'une première crise d'appendicite ait été méconnue et faussement attribuée à l'arrêt d'un calcul dans les voies biliaires ou dans l'uretère ([1]).

L'*indigestion* avec simple colique intestinale sera souvent confondue avec l'appendicite, qui

---

([1]) Lorsque le calcul est rénal, l'erreur est parfois plus difficile à éviter. Nous avons été témoins d'un cas où chez un homme jeune encore, qui n'avait jamais présenté aucun trouble des voies urinaires, une douleur localisée à la fosse iliaque droite, avec légère élévation de la température et vomissements bilieux abondants, fit songer à une appendicite. La laparotomie permit de constater l'intégrité de l'appendice et n'eut aucune suite fâcheuse. Mais à quelque temps de là le malade succombait à des accidents d'urémie, et, à l'autopsie, on trouva dans le bassinet du rein droit un calcul multiramifié.

parfois lui succède ou plutôt se manifeste au début sous l'aspect d'une indigestion ; mais les phénomènes de cette affection passent vite, tandis que dans l'appendicite les troubles s'aggravent souvent et se localisent dans la fosse iliaque droite.

Cette localisation permet d'éviter la confusion avec l'*entéro-colite glaireuse* ou *muco-membraneuse* dont les coliques sont plus diffuses. L'erreur peut être faite en deux sens : tantôt on diagnostique une colite alors qu'il s'agit d'une appendicite avec phénomènes d'atonie intestinale consécutifs, tantôt on croit à une appendicite qui n'existe pas.

L'*étranglement interne* ne pourra être longtemps confondu avec l'appendicite simple. On ne note pas en effet, dans celle-ci, la suppression complète de toute émission de gaz par l'anus ni la douleur ordinairement généralisée à tout le ventre, qui résultent de l'obstacle absolu apporté au passage des matières.

Faut-il dire encore que, dans quelques cas, on a pu songer chez les malades atteints d'appendicite à une *ovaro-salpingite*, à une *fièvre typhoïde*, à une *crise d'hyperchlorhydrie*, à une *rupture musculaire* de la paroi abdominale, à une *névralgie lombaire*, à une *coxalgie*, aux

différentes *algies d'origine hystérique* (*appendicite fantôme*)? Encore une fois il suffira le plus souvent d'un peu d'attention pour éviter l'erreur [1].

2e *cas.* — *Appendicite avec tuméfaction iliaque.* — Lorsqu'il existe dans la fosse iliaque droite une tuméfaction, le diagnostic est presque toujours facile.

On pourrait songer à un *phlegmon du ligament large*, étendu à la fosse iliaque. Mais le toucher vaginal permet ordinairement de constater, en pareil cas, la présence au côté droit de l'utérus d'une tuméfaction douloureuse qui, si elle existe parfois dans l'appendicite, n'a jamais la même importance.

C'est aussi le rapport des *lésions salpingo-ovariennes* avec l'utérus, leur bilatéralité presque constante, qui permettent de ne pas les confondre avec l'abcès péri-appendiculaire. Cependant,

---

[1] L'un de nous a eu cependant connaissance d'un cas où un jeune garçon, au cours d'exercices gymnastiques violents, fut pris d'une douleur subite dans le côté droit du ventre. Le chirurgien appelé crut à une rupture musculaire, et, lorsqu'il reconnut son erreur, il était trop tard pour intervenir. Le jeune malade mourut de péritonite généralisée, très probablement d'origine appendiculaire.

comme l'a fait remarquer M. Richelot [1], on se trompe parfois, car il existe des appendicites pelviennes et des salpingites haut situées [2]. D'autre part, en raison des liens lymphatiques qui réunissent l'appendice à l'ovaire et des adhérences inflammatoires qui peuvent les accoler l'un à l'autre, il n'est pas rare d'observer chez la même femme une appendicite et une salpingite. Il est évident que dans ce dernier cas tout diagnostic exact devient impossible.

Nous nous contenterons de signaler la possibilité de confondre la péri-appendicite avec la *psoïte*, les *adénites aiguës de la fosse iliaque*, *l'inflammation aiguë d'un testicule en ectopie*, la *coxalgie avec abcès iliaque*, *un abcès par congestion*.

Il n'y a pas, selon nous, de diagnostic à établir entre l'appendicite et la *typhlite* autrefois classique. Celle-ci serait constituée par une tumeur allongée, cylindrique, représentant le cœcum

---

(1) Richelot (G.).— *Sur le diagnostic de l'appendicite chez la femme.* « Bulletin médical », 1897, n° 38, p. 441.

(2) L'un de nous a observé un cas de ce genre où, même après l'intervention (incision du cul-de-sac droit du vagin) et la guérison de la malade, il lui est resté des doutes sur le siège exact et l'origine de la collection purulente.

enflammé, et son évolution serait moins aiguë que celle de l'appendicite. Or, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, ces signes physiques et ce mode d'évolution sont dus à une péritonite circonscrite péri-appendiculaire.

3e *cas.* — *Appendicite avec péritonite généralisée.* — Lorsque le péritoine s'enflamme à la suite de l'ouverture d'une péri-appendicite suppurée dans la grande cavité péritonéale, l'évolution toute spéciale de l'affection rend le diagnostic aisé.

Il n'en est pas de même si la péritonite est généralisée d'emblée. L'erreur la plus commune, nous avons déjà eu occasion de le dire, consiste à croire à un *étranglement interne.* La péritonite d'origine appendiculaire peut, en effet, comme toute péritonite par perforation, donner lieu à ces accidents bien connus de pseudo-étranglement par paralysie intestinale qui en imposent absolument pour un étranglement vrai. L'élévation de la température qui existerait dans la péritonite et ferait défaut dans l'étranglement est loin d'être un signe constant, la température pouvant, dans le premier cas, rester normale ou même faire place à de l'hypothermie, tout comme dans l'étranglement. Le bal-

lonnement du ventre peut exister dans les deux affections ; plus souvent peut-être, dans la péritonite, l'abdomen serait-il, au moins dans les premières heures, excavé, tendu qu'il est par la contraction des muscles abdominaux. Enfin la douleur localisée à la fosse iliaque droite n'est pas elle-même absolument caractéristique de la péritonite appendiculaire, puisqu'elle peut exister dans l'étranglement interne et, en particulier, dans l'invagination iléo-cœcale. En somme, le diagnostic restera souvent en suspens. L'erreur est, du reste, de moindre conséquence aujourd'hui, puisque l'indication de la laparotomie précoce est impérieuse dans les deux cas.

Si l'on arrive à poser le diagnostic de la péritonite par perforation, il faut encore se demander si la péritonite est bien d'origine appendiculaire ou consécutive à la perforation d'un des viscères abdominaux (ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie, ulcère simple de l'estomac ou du duodénum, etc.). La marche des accidents, l'existence des signes propres à chacune des affections qui peuvent se compliquer de perforations viscérales permettent ordinairement de découvrir l'origine de la péritonite.

Dans le doute, et en raison de sa fréquence extrême, on songera toujours à l'appendicite.

Ainsi diminueront, au grand profit des malades, les prétendus cas de péritonite dite idiopathique. La péritonite généralisée, dite idiopathique, relève souvent de l'ulcère stomacal ou duodénal, plus souvent encore de l'appendicite.

2. Diagnostic de quelques formes spéciales de l'appendicite. — Certaines variétés d'appendicite, celles qui, comme nous l'avons montré plus haut, doivent leur physionomie spéciale au siège occupé par la collection péri-appendiculaire, peuvent donner lieu à des erreurs particulières.

C'est ainsi que l'*appendicite rétro-cœcale*, lorsque l'abcès péri-appendiculaire fait saillie dans la région lombaire, pourra être facilement confondue avec une *périnéphrite suppurée*. La marche spéciale de l'appendicite, d'une part, l'absence de troubles urinaires, d'autre part, seront ordinairement d'un grand secours.

Lorsque le foyer rétro-cœcal se propage jusque sous le diaphragme, la confusion avec les *abcès sous-phréniques* d'une autre origine semble bien difficile à éviter, à moins qu'on n'ait pu suivre l'évolution de la maladie.

C'est dans la *variété pelvienne* de l'appendicite que l'on sera conduit à songer à une *ovaro-*

salpingite, à une *hématocèle*, etc. L'existence constante d'une masse dans la fosse iliaque droite, accompagnant la lésion pelvienne et donnant lieu à de la douleur, devra, en pareil cas, attirer l'attention.

Enfin, puisque la collection péri-appendiculaire siège parfois, comme nous l'avons vu, dans la *région hypogastrique*, dans la *région ombilicale* et même dans le *côté gauche* du ventre, on se souviendra que l'abcès peut occuper un point quelconque de l'abdomen et que l'apparition des phénomènes propres à l'inflammation de l'appendice doit, quel que soit leur siège, faire songer à la possibilité d'une appendicite.

L'*appendicite herniaire* peut enfin être prise pour une *épiploïte simple*. A vrai dire, l'erreur sera bien difficile à éviter. C'est généralement au cours de l'intervention que la nature exacte de l'affection sera seulement reconnue.

3. Diagnostic de l'appendicite tuberculeuse. — Il est souvent difficile de reconnaître la nature tuberculeuse des lésions appendiculaires.

Comme l'a fait remarquer M. Talamon, l'appendicite simple peut se produire par le mécanisme ordinaire chez un tuberculeux, sans qu'il

y ait lésion tuberculeuse de l'intestin. La notion de l'état général du malade ne suffit donc pas pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions appendiculaires.

« Toute périty phlite à rechutes, disait Lasègue, doit éveiller l'idée de la tuberculose ». Nous savons aujourd'hui que la grande majorité des appendicites chroniques sont, au contraire, de nature inflammatoire simple.

Et cependant, d'après M. Cornil, comme nous l'avons vu au chapitre *Anatomie pathologique* (p. 60), certaines appendicites d'origine tuberculeuse se comporteraient exactement comme des appendicites simples.

Le fait suivant, qui nous est personnel [1], montre bien qu'il peut en être ainsi. Chez un malade, qui nous parut atteint d'appendicite inflammatoire simple, et qui fut opéré comme tel, nous pûmes recueillir des débris fongueux, qui, par l'examen histologique et par l'inoculation à des cobayes, furent reconnus être de nature tuberculeuse. Le malade ayant, dans ce cas, guéri sans encombre, le diagnostic exact n'eût

---

[1] Ch. Monod. — *Contribution à l'étude des appendicites.* « Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir. », 1895, t. XXI, p. 497 (504).

certainement pas été porté, si le microscope et l'expérimentation ne fussent intervenus. On n'oubliera pas que l'examen bactériologique du pus est, en pareille circonstance, ordinairement négatif, et, par conséquent, insuffisant.

Dans une observation analogue de M. Polaillon, rapportée par M. Reclus [1], on crut aussi avoir affaire à une appendicite simple ; le foyer ouvert, on reconnut immédiatement la nature tuberculeuse du mal ; l'appendice était déjà caséifié. Mais cette fois la guérison ne suivit pas ; la plaie qui avait été fermée se rouvrit, devint fistuleuse, et le malade succomba plus tard cachectique.

Ces deux exemples montrent bien comment les choses peuvent se passer. Le diagnostic, impossible avant, se fait au cours ou à la suite de l'opération, soit par l'examen des produits recueillis, soit à la simple inspection des parties, la tuberculose étant notoire ; ou bien il se fondera, plus tard, sur les suites de l'intervention qui ne donne pas le bon résultat qu'on est accoutumé d'obtenir.

C'est encore par l'étude de la marche de l'affection que l'on peut arriver au diagnostic,

---

[1] Reclus (P.). — *Loc. cit.*, p. 587.

dans les cas où l'on n'a pas cru devoir opérer. Au lieu de tendre à la résolution, les lésions progressent, et la maladie évolue vers l'une des deux formes de typhlo-appendicite tuberculeuse, que nous avons décrites, l'*ulcéreuse* ou l'*hypertrophiante*. Nous disons *typhlo-appendicite* parce que, dans l'un et l'autre cas, le cœcum est aussi sinon plus atteint que l'appendice.

Dans la forme *ulcéreuse*, à une première période mal caractérisée (douleur alternant quelquefois avec la constipation, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite et tuméfaction peu considérable), succède la phase de ramollissement avec envahissement des parties voisines, et formation de fistules pyo-stercorales à trajets et orifices multiples. L'appendicite inflammatoire simple n'a jamais pareille allure.

Dans la forme *fibreuse* ou *hypertrophiante*, c'est le phénomène tumeur qui domine la scène. Chez un sujet, conservant souvent les apparences de la santé, se forme dans la fosse iliaque, sourdement ou avec poussées douloureuses, ordinairement accompagnées d'accidents d'obstruction passagère, une tumeur irrégulière qui peut acquérir des dimensions considérables. Ce n'est pas non plus à l'appendicite simple que l'on songera en pareil cas, mais plutôt, depuis que

les faits de ce genre sont mieux connus, à la tuberculose du cœcum. En réalité, le diagnostic jusqu'ici porté, chez les malades présentant les signes que nous venons de dire, a presque toujours été : cancer du cœcum. Nous avons vu que, même pièce en main, l'erreur est difficile à éviter.

Ces derniers faits appartiennent évidemment plutôt à l'histoire des maladies du cœcum qu'à celles de l'appendicite. Il importait cependant de les signaler en passant et pour mémoire.

4. Diagnostic de l'appendicite actinomycosique. — Le diagnostic de l'*appendicite actinomycosique* présente aussi de grandes difficultés pendant la première période de l'affection, alors qu'il n'existe que des phénomènes intestinaux. On peut à ce moment affirmer l'existence d'une appendicite, mais il est à peu près impossible de déterminer son origine actinomycosique, malgré la moindre intensité des douleurs et la plus grande fréquence de la diarrhée.

Lorsque la tumeur est constituée, il est permis d'être plus catégorique : l'absence de douleurs au niveau de la néoplasie, la coloration normale de la peau dont la température n'est pas élevée, la dureté ligneuse des parties sous-jacentes permettent d'éliminer une inflammation banale.

A la période de fistulisation, la présence des grains jaunes dans les liquides qui s'écoulent des trajets, la multiplicité de ces trajets, leur orifice si particulier (punctiforme au centre d'une surélevure assez analogue à un bourgeon charnu) imposent le diagnostic.

Nous n'insistons pas davantage sur ces faits ; les lésions étant, plus rarement encore que dans la tuberculose, limitées à l'appendice. On trouvera dans les travaux déjà cités de Gangolphe et de Hinglais tous les détails que le sujet comporte.

5. Diagnostic des complications. — Reconnaître l'existence d'un abcès de la paroi abdominale, d'une pleurésie purulente, etc., est ordinairement chose facile. En reconnaître le point de départ, lorsque l'origine de ces lésions est une appendicite, constitue souvent un problème plus ardu.

Sans doute, le diagnostic sera aisé dans les cas d'abcès juxta-appendiculaires, développés en même temps que l'inflammation appendiculaire ou dus à la rupture d'une collection péri-appendiculaire suppurée. Il n'en est plus de même en présence de ces suppurations à distance, survenant quelque temps après une crise appendicu-

laire souvent subaiguë. Bien souvent alors, le lien qui unit cette complication tardive à sa cause, l'appendicite, échappera au médecin.

Il sera aussi toujours difficile de dire si un abcès, compliquant l'appendicite, est en rapport direct avec l'appendice ou le foyer péri-appendiculaire, ou bien s'il s'est développé à distance. Ce n'est souvent qu'après l'évacuation de la collection purulente que l'on sera en état de se prononcer. On ne pourra guère affirmer l'abcès juxta-appendiculaire que si le pus renferme des corps étrangers ou des lambeaux sphacelés, dont l'origine appendiculaire paraîtra certaine.

Cette distinction a une certaine importance, car l'abcès juxta-appendiculaire, en raison de la persistance d'un appendice malade, pouvant entretenir la suppuration ou même donner lieu à une fistule stercorale, guérit habituellement moins vite que l'abcès à distance.

PRONOSTIC

—

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le pronostic de l'appendicite.

Les chirurgiens, qui n'observent guère que les cas où l'intervention paraît devoir s'imposer, ont une tendance à considérer l'affection comme habituellement grave. Les médecins, au contraire, appelés à voir aussi bien les formes atténuées que les formes sévères, estiment que celles-ci sont moins fréquentes que celles-là et que l'on a exagéré la gravité de l'appendicite.

La question a été discutée en 1891, à la Société de médecine interne de Berlin (1) et à la Société clinique de Londres (2). La mortalité par

---

(1) *Société de méd. int. de Berlin*, 22 décembre 1890, 5 et 19 janvier 1891. *Anal. dans* « Mercredi Médical », 1891, p. 8, 34 et 45.

(2) *Société clinique de Londres*, 1891. « Brit. med. Journ. », 7 mars 1891.

appendicite a été évaluée, d'après leurs observations personnelles, par Guttmann (1) à 5 %, par Fürbringer (2) à 10 %, par Fowler (3) à 15 %, soit, en réunissant en une ces diverses statistiques, une moyenne de mortalité ne dépassant pas 10,8 %, chiffre qui se rapproche sensiblement de celui donné par Sahli (9,8 %), dans un travail déjà cité (4).

Il est à remarquer que les statistiques médicales ont un grave défaut : le même individu peut avoir eu trois, quatre, cinq atteintes d'appendicite dont il a guéri ; il figure ainsi trois, quatre, cinq fois dans le relevé des médecins ; il peut même mourir dans une dernière attaque et figurer par conséquent cinq fois à la colonne des succès et une fois seulement à celle des morts (Reclus). En somme, les statistiques visent plutôt les crises d'appendicite que l'appendicite elle-même. Or, si l'on veut porter sur

---

(1) Guttmann (P.). — (Hôpital Moabit). 96 cas, 5 morts. Guttmann dit que ses résultats concordent avec ceux de Renvers (4 à 5 %).

(2) Fürbringer (P.). — (Hôpital Friedrichshain), 120 cas, 12 morts.

(3) Fowler. — (Hôpital de Middlesex), 99 cas, 15 morts.

(4) Sahli. - *Mém. cité.*

l'affection un jugement pronostique exact, il faut l'envisager successivement sons ces deux aspects.

A. — Peut-on, en effet, considérer comme guéris des individus qui, quelques semaines, quelques mois, parfois plusieurs années après une crise d'appendicite terminée par la guérison, sont de nouveau atteints par la même maladie?

La possibilité de nouvelles attaques, dont la destinée est inconnue, est donc le point noir du pronostic de l'appendicite, même quand plusieurs crises se sont heureusement terminées.

Ajoutons que, par leur répétition et parfois par les phénomènes douloureux qui persistent dans leur intervalle, les rechutes constituent une infirmité extrêmement pénible.

Il serait cependant excessif d'admettre avec certains auteurs que l'appendicite ne guérit que par l'ablation de l'organe. Nombreux sont, au contraire, les cas où, dans tout le cours de la vie d'un individu, une seule attaque s'est produite et où, par conséquent, la guérison complète a été obtenue.

Nous avons vu, d'autre part, que la simple ouverture d'une collection péri-appendiculaire a souvent suffi pour assurer une guérison définitive.

B. — Pour ce qui est de la crise d'appendicite elle-même, il semble bien établi qu'elle est plus grave chez l'enfant ; elle aboutirait plus souvent chez lui à la perforation et à la péritonite suraiguë.

Le pronostic dépend, cependant, surtout de la forme que revêt l'affection.

L'appendicite simple ou avec péri-appendicite plastique évolue rapidement vers la guérison, dans la grande majorité des cas.

La péri-appendicite suppurée circonscrite peut guérir spontanément, soit par résorption du pus, soit par ouverture du foyer à la peau ou dans l'intestin. Encore faut-il, dans ces cas où l'affection est abandonnée à elle-même, faire entrer en ligne de compte l'éventualité d'une suppuration prolongée et l'infection pyohémique qui peut en résulter. Mais c'est surtout l'invasion toujours à craindre du péritoine, soit par propagation, soit par rupture des parois de la collection qui oblige de faire, à cette période, les plus expresses réserves. L'intervention chirurgicale, précoce et prudente, a, il est vrai, notablement abaissé le chiffre de la mortalité. On se souviendra cependant des difficultés de diagnostic qui empêchent parfois d'instituer en temps utile le traitement approprié.

La péritonite généralisée consécutive à la rup-

ture d'un abcès péri-appendiculaire entraîne rapidement la mort. Les quelques cas de guérison qui ont été publiés doivent être considérés comme suspects. Par contre, certains faits heureux établissent que, si l'on peut intervenir à temps, le pronostic n'est pas absolument désespéré.

Quant à la péritonite généralisée d'emblée, elle est fatalement et rapidement mortelle ; et jusqu'ici la thérapeutique est restée impuissante à son égard.

Bien que les différentes formes cliniques de l'affection se présentent avec des caractères propres, assez nets, de bénignité ou de gravité, il ne faut pas en déduire qu'en présence d'une attaque d'appendicite il soit possible d'en établir rigoureusement le pronostic. On doit, en effet, compter avec la difficulté que l'on éprouve souvent, au lit du malade, à reconnaître l'état des lésions. Il faut surtout se rappeler que les différentes formes de l'appendicite ne sont que des stades de l'affection ; que celle-ci peut s'arrêter à l'un d'eux ou les parcourir successivement pour aboutir au plus grave. Or, il est impossible de dire, au cours d'une appendicite, si la maladie s'arrêtera au stade actuel ou si elle gagnera le suivant. On peut, en somme, répéter à propos de l'appendicite ce qui a été dit de la

pleurésie : « On sait comment elle commence, mais non comment elle finit ».

C. — Quant aux rechutes d'appendicite, on a fait remarquer avec raison que leur pronostic était d'autant plus bénin que le nombre des crises avait été plus considérable. Il serait, en effet, de règle que la péritonite généralisée d'emblée n'apparût que dans une première attaque. La première crise serait d'ordinaire la plus grave et les attaques ultérieures diminueraient progressivement d'intensité.

Mais si cette vue générale est vraie, elle comporte de nombreuses exceptions. Il serait au moins imprudent de se baser sur des considérations de cet ordre pour établir le pronostic d'une rechute d'appendicite et surtout pour en déduire le traitement à instituer. Il existe, en effet, des cas où, après une série d'attaques terminées heureusement, en survient une dernière dans laquelle la perforation se fait d'emblée dans le péritoine et détermine une péritonite généralisée rapidement mortelle.

TRAITEMENT

—

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUE

La question du traitement de l'appendicite aiguë, et particulièrement celle des indications de l'intervention chirurgicale, précoce ou tardive, a donné lieu aux vues les plus contradictoires.

Au début du revirement de l'histoire pathologique de cette affection, la division était nettement tranchée entre les abstentionnistes intransigeants et les interventionnistes à outrance, les premiers déclarant l'appendicite une maladie essentiellement médicale, les seconds la considérant comme exclusivement chirurgicale. D'après ceux-ci, la première indication pour le médecin en présence d'une appendicite serait d'appeler un chirurgien (Keen).

Nombreux sont encore ceux qui professent l'une ou l'autre de ces opinions extrêmes, appuyées toutes deux sur l'observation clinique.

En fait il est certain, et cela est d'accord avec ce que l'on sait de l'évolution de la maladie, que dans bien des cas, l'appendicite ne relève que de

la thérapeutique médicale, que dans nombre d'autres elle nécessite le secours de la chirurgie. Le point délicat et important tout ensemble est, *en pratique*, de distinguer ces divers cas entre eux.

Nous devrons donc, après avoir exposé successivement et en détail le *traitement médical*, puis le *traitement chirurgical* de l'appendicite, essayer d'indiquer les circonstances où il est permis de s'abstenir et celles où l'intervention s'impose.

Nous avons auparavant quelques mots à dire du *traitement préventif* de l'affection.

A. TRAITEMENT PRÉVENTIF

Pour quelques chirurgiens, le seul traitement préventif, *radical*, de l'appendicite, ne serait autre que la résection systématique de l'appendice chez l'enfant. Nous ne saurions approuver une telle conduite. L'affection n'est pas assez fréquente, l'enfant n'y est pas exposé d'une façon tellement fatale que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue.

Nous ne croyons même pas que l'on ait le droit de profiter d'une laparatomie, faite pour une lésion quelconque de l'abdomen, pour réé-

quer un appendice reconnu sain. Il en serait autrement si, dans les conditions précédentes, l'appendice était trouvé malade ou s'il avait été le point de départ d'attaques antérieures. On préviendrait ainsi des crises ultérieures dont le danger peut être grand.

Il est une autre forme du traitement préventif, celle-ci absolument légitime. Elle a pour objet de s'opposer au retour de nouvelles crises d'appendicite chez ceux qui ont été primitivement atteints. Nous renvoyons ce que nous avons à dire à cet égard au moment où nous nous occuperons du traitement de l'appendicite chronique.

B. TRAITEMENT MÉDICAL

On désigne, sous ce nom, l'ensemble des moyens par lesquels on s'efforce de provoquer la résorption des produits inflammatoires, ou de favoriser la formation d'adhérences qui empêchent, en cas de perforation de l'appendice ou de rupture d'un abcès péri-appendiculaire, le brusque envahissement de la grande séreuse péritonéale.

Pour atteindre ce double but, il importe avant tout, nous semble-t-il, de chercher à obtenir, dans la mesure du possible, l'immobilisation de l'intestin.

A cet égard on ne saurait trop protester, avec la plupart des auteurs, contre l'emploi des purgatifs, même des purgatifs dits doux (sulfate de soude ou de magnésie, eaux purgatives, citrates effervescents anglais, calomel, huile de ricin). N'est-il pas évident, en effet, qu'en activant les contractions intestinales, les purgatifs peuvent provoquer les accidents que l'on cherche à éviter? Et cependant certains auteurs ont soutenu qu'il importait, au contraire, dès le début de la crise, de débarrasser l'intestin de son contenu, et cela parce que, l'infection intestinale constituant d'abord toute la maladie dans un grand nombre de cas, le premier soin devrait être de combattre cette infection. Or, le meilleur moyen de réaliser l'antisepsie de l'intestin est de le vider à l'aide de purgatifs.

Parler ainsi, c'est confondre l'entérite, cause de l'appendicite, avec l'appendicite elle-même et le traitement de l'entérite avec celui de l'appendicite. Autant les purgatifs nous semblent utiles, ainsi que nous le dirons ultérieurement, comme traitement préventif des crises d'appendicite, autant ils ne peuvent être qu'inutiles et souvent dangereux comme traitement curatif d'une affection dont les lésions sont toutes différentes de celles de l'entérite simple. La légende du danger

de la constipation, qui est un effet et non une cause, doit disparaître.

La proscription des purgatifs s'étendra aux lavements, même aux lavements antiseptiques, qui agissent en somme comme les purgatifs en excitant les mouvements de l'intestin.

Avec la grande majorité des auteurs nous recommandons au contraire l'usage de l'opium qui, mieux que tout autre médicament, assure le repos relatif de l'intestin, et cela, fait intéressant à noter, sans supprimer absolument les selles (Rendu).

En même temps l'opium soulage le malade. On lui a même fait le reproche, par le calme qu'il procure, de produire une amélioration trompeuse qui empêche le médecin de saisir le moment propice pour l'intervention. Or, ce calme est favorable et doit être recherché. Puis, c'est bien à tort que l'on voudrait établir une relation entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions. C'est, nous le verrons, par d'autres considérations que le praticien doit se laisser guider pour ne pas s'abandonner à une fâcheuse temporisation.

On administrera 5 à 10 centigrammes d'opium par vingt quatre heures chez les enfants, jusqu'à 20 et 30 centigrammes chez les adultes, par

doses de 1 à 2 centigrammes, plus ou moins espacées suivant la diminution de la douleur, l'état de la pupille et l'abondance des urines dont il faut empêcher la suppression.

A l'opium certains préfèrent la belladone qu'ils administrent par pilules de 1 centigramme, jusqu'à concurrence de 7 à 8 centigrammes par jour (Ferrand, Rendu).

On a longtemps employé dans l'appendicite la révulsion sous toutes ses formes, onguent napolitain, vésicatoires, ventouses scarifiées, sangsues, etc. Ces diverses pratiques sont d'une efficacité contestable ; elles peuvent de plus, par leur action sur la peau, gêner l'intervention chirurgicale, si celle-ci devient nécessaire. La vessie de glace, maintenue en permanence sur le point douloureux, n'a pas cet inconvénient, et semble avoir eu souvent un effet utile. Ce moyen a, en outre, l'avantage de nécessiter le repos dans le décubitus dorsal.

Le malade sera tenu rigoureusement au lit ; on lui recommandera de faire le minimum de mouvements.

Il sera enfin mis à la *diète absolue* ; précaution sur l'importance de laquelle M. Jalaguier a insisté. On ne permettra que quelques cuillerées à café de lait froid, prises à intervalles éloignés.

de manière à réaliser, de cette façon aussi, le repos le plus complet possible de l'intestin.

En somme, le traitement médical de l'appendicite peut se résumer ainsi : repos au lit, diète absolue, emploi de l'opium à hautes doses, vessie de glace.

A la faveur de ces diverses ressources, les troubles constatés peuvent s'amender et disparaître.

Mais, alors même que le calme est rétabli, il reste des précautions à prendre : à la diète sévère, continuée pendant quelques jours après le début de l'amélioration, on substituera progressivement une alimentation exclusivement liquide, puis formée d'éléments très digestifs ; on ne recourra aux lavements, puis aux purgatifs, que si le malade ne va pas spontanément à la selle et seulement plusieurs jours après la cessation de tout symptôme alarmant ; enfin le malade restera au lit jusqu'à ce que toute crainte de rechute immédiate ait disparu.

Ainsi pratiqué, le traitement médical, préconisé par MM. Roux, Jalaguier, Berger, Talamon, Treves et la plupart des chirurgiens anglais, donne, plus souvent qu'on ne le pense, d'excellents résultats, soit pour obtenir la guérison complète, soit pour favoriser l'intervention chirurgicale.

On a pu soutenir, non sans apparence de raison, que dans les cas où les malades sont morts en quarante-huit heures ou dans les trois jours qui suivent le début des accidents, il s'agissait d'une infection péritonéale suraiguë, contre laquelle la chirurgie reste ordinairement impuissante ; que dans la grande majorité des cas il y a une tendance naturelle à la localisation des lésions, favorisée par le traitement que nous venons d'exposer; qu'enfin les malades, guéris à la suite d'une intervention précoce, sont ceux chez lesquels l'enkystement devait se faire et qu'on aurait guéris avec plus de sécurité et autant de succès quelques jours plus tard.

Ce n'est pas encore le moment de discuter la valeur de ces arguments. Nous nous contentons de les exposer en affirmant ce fait, qui est incontestable, que dans nombre de cas, plus souvent observés par les médecins que par les chirurgiens, l'appendicite, traitée médicalement, peut guérir [1].

Nous devons cependant mentionner ici une sé-

---

[1] V. la communication de M. Millard à la Société médicale des Hôpitaux : *Contribution à l'étude clinique de la périlyphlite. Onze cas de guérison par le traitement médical*, « Bull. de la Soc. médic. des hôpitaux » 23 nov. 1894, p. 825, et la discussion qui a suivi « même recueil », p. 854 et suiv.

rieuse objection faite aux partisans du traitement médical. Même après une guérison complète en apparence, certaines lésions persistent, dit-on, dans l'appendice et autour de lui, qui favoriseront la production d'une nouvelle crise. A quoi il est permis de répondre que la rechute n'est pas fatale ; que d'ordinaire la seconde attaque est moins grave que la première ; que l'intervention chirurgicale, telle qu'elle est habituellement conduite, ne supprime pas toujours l'appendice ; qu'elle ne met donc pas non plus le malade à l'abri de crises nouvelles. Aussi bien, dans une éventualité grave comme celle d'une attaque d'appendicite, suffit-il de s'occuper du présent sans tant songer à l'avenir ; l'important est de parer au danger actuel. On aura ensuite le loisir de décider s'il n'y a pas lieu de réséquer l'appendice à froid, moyen le plus sûr et le plus rationnel, comme nous le verrons, pour obtenir la guérison définitive de l'affection.

C. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous envisagerons ici le traitement chirurgical en lui-même, manuel opératoire, suites, résultats, sans nous inquiéter, pour le moment, des indications.

Deux cas distincts peuvent se présenter :

1° Les lésions sont circonscrites autour de l'appendice.

2° La péritonite est généralisée.

1° Lésions circonscrites. *Manuel opératoire.* — L'opération est décidée. Voyons comment elle doit être conduite.

L'objectif est de pénétrer jusqu'au foyer péri-appendiculaire et de donner issue au pus, s'il existe, en respectant les adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. La résection de l'appendice, pour le dire immédiatement, ne constitue pas un temps nécessaire de l'intervention.

L'anesthésie générale est indispensable.

Le lieu de l'incision ne peut être fixé d'une manière absolue. Il faut, en effet, inciser là où est la collection, et nous savons que sa situation n'est pas fixe. L'incision classique, celle de Roux, est parallèle à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque ; elle sera longue de 15 à 18 centimètres, car on devra opérer profondément ; située en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, elle en restera éloignée d'un centimètre et demi à deux centimètres. Nous relevons ordinairement son extrémité externe de façon à lui donner une forme semi-lunaire, analogue à

celle de l'incision de la ligature de l'artère iliaque externe.

Lorsque la collection siège plus en dedans, manifestement derrière le muscle droit, l'incision sur le bord externe de ce muscle, semblable à celle que nous décrirons pour la résection de l'appendice à froid, pourra être employée.

On peut prévoir encore d'autres variétés d'incision. Lorsque, par exemple, la tuméfaction occupe le flanc et laisse libre la fosse iliaque, on l'attaquera plus haut que d'habitude. De même on se reportera le plus en dehors possible si l'on soupçonne que la collection est rétro-cœcale. Dans les cas d'abcès pelvien l'incision pourra le plus souvent être faite au niveau de la fosse iliaque droite, où la tuméfaction est presque toujours appréciable, et non au niveau du rectum, comme on l'a proposé.

La peau étant coupée, on sectionne, suivant la même direction, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse, le fascia sous-péritonéal. L'aide écarte successivement les différents plans, qui sont congestionnés et saignent notablement.

L'ouverture du péritoine doit être faite très prudemment pour éviter de léser l'intestin qui parfois adhère à la séreuse pariétale.

Dans les cas favorables, à peine celle-ci est-elle effleurée par le bistouri, que le pus s'écoule jaune verdâtre, fétide, parfois mélangé de gaz et de débris sphacélés. Si l'appendice est perforé, un calcul peut être entraîné avec le pus ; parfois il n'est expulsé que quelques jours plus tard ; on le trouve dans le pansement.

La boutonnière péritonéale est agrandie avec les ciseaux. Le doigt recherche prudemment s'il n'existe pas des poches secondaires, que l'on s'efforce de mettre largement en communication avec la première. C'est surtout du côté du bassin que doivent porter les investigations. A plus forte raison en sera-t-il ainsi quand, par le toucher rectal, on aura reconnu l'existence d'une tuméfaction pelvienne.

Parfois on sent, dans le foyer, l'appendice complètement détaché et libre; rien n'est plus simple alors que de l'extraire. D'autres fois, facilement découvert aussi et relativement mobile, il sera réséqué après ligature au catgut, à la condition que cette petite opération complémentaire se fasse aisément. Plus souvent, l'appendice est accolé à la paroi de l'abcès ; on se gardera, en pareil cas, de tenter sa libération et son extraction, par crainte de déchirer l'intestin ou les adhérences qui limitent le foyer. A plus

forte raison doit-on s'abstenir de toute recherche de l'appendice quand il ne se présente pas sous le doigt. Il faut être sobre de manœuvres dans le foyer péri-appendiculaire [1].

Le lavage de la poche est inutile, car l'évacuation du pus sera suffisamment assurée par le drainage. Il est parfois dangereux ; on peut craindre que le liquide, forçant les adhérences délicates qui limitent le foyer, n'aille infecter la grande cavité péritonéale.

Le drainage sera fait à l'aide d'un ou de deux gros drains rigides, à côté desquels on introduira plusieurs mèches de gaze antiseptique ou aseptique.

On placera quelques points de suture au crin

---

[1] Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons eu communication de l'article de M. Brun qui recommande une conduite toute différente. M. Brun cherche toujours à enlever l'appendice « ne craignant pas de fouiller pour le découvrir les fausses membranes épaisses, qui le plus souvent l'entourent... ; il n'a, du fait de ces manœuvres, jamais observé aucun accident ».

Nous persistons à croire que, en des mains moins habiles, ces recherches peuvent être dangereuses. Nous avons tenu cependant à noter au passage, sur ce point de pratique, l'opinion d'un chirurgien aussi autorisé dans l'espèce que M. Brun.

de Florence, embrassant à la fois peau et muscles, pour rétrécir la plaie et éviter l'éventration ; mais il ne faut guère compter sur une réunion primitive, car les fils, en contact continuel avec des produits septiques, risquent fort de s'infecter.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Une première difficulté se présente quand, après l'incision du péritoine, on tombe sur des anses intestinales agglutinées par des adhérences, sans trace de collection. Il est rare cependant que le doigt, effondrant avec ménagement ces adhérences en se dirigeant en arrière et à droite ou en bas, n'ouvre rapidement le foyer ordinairement peu profond. Si la collection, trop petite, échappe aux investigations, il est prudent de ne pas prolonger les recherches, de se contenter de placer un drain entouré de gaze et d'attendre les événements ; si l'abcès existe, on verra au bout de deux ou trois jours les phénomènes généraux s'amender, et le pansement sera imbibé de pus.

La difficulté augmente quand, après l'incision du péritoine, l'on se trouve dans la grande cavité péritonéale saine et libre.

C'est là une éventualité fréquente, surtout quand l'abcès est rétro-cœcal et quand

l'inflammation n'a pas encore retenti sur le péritoine pré-cœcal pour y déterminer la formation d'adhérences. Le doigt, explorant la fosse iliaque, sent profondément une tuméfaction résistante ou rénitente, parfois fluctuante. Après avoir soigneusement protégé en dedans la grande cavité péritonéale à l'aide d'éponges ou de compresses, on déchire doucement les tissus avec le doigt, en se dirigeant vers la tuméfaction. Si le cœcum est bien visible, on cherchera à passer derrière lui. On est averti du succès de cette manœuvre par l'apparition soudaine d'un flot de pus. Celui-ci évacué, et sans faire d'autres recherches dans ce foyer, on se contente, comme dans les cas précédents, d'y placer un drain garni de gaze.

Au lieu d'ouvrir la collection rétro-cœcale on peut se contenter de mettre à *son contact* un tamponnement à la gaze qui servira de drainage d'appel. On provoque de plus ainsi la formation d'un trajet par lequel l'abcès s'écoulera sans danger.

M. Quénu [1], qui s'est constitué le défenseur de cette seconde méthode, ne l'a jamais trouvée

---

[1] Quénu (E.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 juin 1892 et 16 octobre 1895.

en défaut, et tend à en généraliser l'application à l'ouverture de toute collection péri-appendiculaire qui ne se présente pas immédiatement sous le bistouri [1].

Suites opératoires. — Les suites de l'opération sont ordinairement très simples : L'écoulement purulent est abondant pendant les premiers jours, puis se tarit peu à peu. La fermeture de la plaie n'est complète qu'au bout de plusieurs semaines et parfois davantage. Le drainage sera maintenu pendant tout le temps nécessaire, sans qu'on puisse assigner de date fixe à sa suppression. Lorsque, à la suite de la perforation de l'appendice ou du cœcum, l'écoulement est pyo-stercoral, la guérison est souvent retardée ; le trajet devient fistuleux et peut ne se fermer qu'au bout de plusieurs mois. Il est rare toutefois que la fistule persiste indéfiniment.

---

[1] On a proposé, pour éviter l'inoculation péritonéale, divers moyens. Gerster faisait la laparotomie médiane, introduisait la main pour sentir où l'abcès était adhérent et y plantait un trocart sur lequel il incisait la collection, après avoir préalablement suturé la plaie de laparotomie. — Sonnenburg (*l. c.*) incisait la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, bourrait la plaie avec de la gaze iodoformée et espérait faire ainsi appel au foyer purulent. Il a renoncé à cette méthode qui lui a donné des mécomptes.

Résultats. — L'ouverture des abcès péri-appendiculaires constitue une opération d'ordinaire bénigne si l'on parvient, par les moyens que nous avons indiqués, à protéger la cavité péritonéale.

Néanmoins, comme le fait remarquer M. Talamon, cette bénignité n'est pas absolue, surtout si l'on considère que l'opération est parfois très précoce, alors que la défense naturelle du péritoine par le moyen des adhérences n'est encore qu'ébauchée. Mac Burney, qui intervient de bonne heure, a observé une mort sur vingt-quatre opérés, ce qui équivaut à une mortalité de plus de 4 %.

En règle cependant, lorsque l'abcès est déjà enkysté, les résultats immédiats de l'intervention sont excellents.

Les résultats éloignés ne le sont pas moins. Il est habituel qu'on observe à la suite une guérison complète et définitive, *même si l'on a négligé d'enlever l'appendice.* Sans doute, on a signalé quelques cas de récidive ; mais ces faits sont tellement exceptionnels qu'ils ne suffisent pas pour justifier la recherche prolongée de l'appendice et les manœuvres d'extirpation dont nous avons montré les dangers. Ordinairement, après l'intervention, l'appendice se transforme

et s'atrophie par le mécanisme de l'appendicite oblitérante dont il a été déjà question, ou bien il est éliminé en partie par sphacèle.

Assez fréquemment, après l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire, on constate au niveau de la ligne d'incision une hernie ou du moins une légère tendance à l'éventration. Cette faiblesse de la cicatrice résulte de la section inévitable des muscles et de leur réunion imparfaite dans une plaie qui suppure. Pour éviter cet inconvénient, ou du moins pour y parer en quelque mesure, on conseillera aux opérés le port d'une ceinture avec pelote latérale pendant plusieurs années. On sera parfois obligé à une opération complémentaire (cure radicale) ; on se rappellera, en la pratiquant, la fréquence des adhérences pariéto-intestinales et pariéto-épiploïques.

Ajoutons enfin qu'à la suite de l'opération persistent parfois dans la fosse iliaque des troubles douloureux dus aux adhérences qui unissent l'appendice à la paroi abdominale et aux anses intestinales. Ces accidents sont les mêmes que ceux de « post-appendicite » que nous avons déjà décrits.

2° Péritonite généralisée. *Manuel opératoire.* — Quelle que soit la forme d'infection pé-

ritonéale généralisée, seul le traitement chirurgical peut donner quelque résultat en permettant l'évacuation des liquides septiques renfermés dans le péritoine.

C'est à la laparotomie médiane que l'on aura généralement recours.

L'incision latérale droite pourra cependant être préférée dans les cas où il restera quelque doute sur la généralisation de l'infection et où l'on constatera des signes indiquant une prédominance des lésions dans la région de l'appendice. On est plus souvent conduit à commencer par l'incision médiane quitte à pratiquer secondairement une contre-ouverture latérale, parfois nécessaire pour faciliter la résection de l'appendice.

Ici encore, du reste, l'extirpation de l'appendice doit être considérée comme un temps utile mais non absolument nécessaire de l'opération. On ne se livrera pas pour le découvrir à des recherches qui peuvent être pénibles ou dangereuses, ayant du moins l'inconvénient de prolonger une intervention que l'on doit s'efforcer de mener rapidement.

Un lavage abondant du péritoine, fait à l'eau stérilisée chaude ou à l'eau salée à 7/1000, plutôt qu'avec une solution antiseptique même faible, nous paraît être une précaution utile à prendre. Il n'y a pas à craindre que ce lavage

dissémine l'infection dans les points où elle n'existe pas, puisqu'elle est généralisée. On s'efforcera, en dirigeant la canule de l'injecteur en tous sens, et particulièrement en bas, d'obtenir l'évacuation la plus complète possible des liquides septiques.

Des tubes de caoutchouc séparés des anses intestinales par des bandes de gaze, placés dans différentes directions, et surtout du côté du bassin et de la fosse iliaque droite, établiront un large drainage. Pour mieux assurer celui-ci, on a parfois joint à la contre-ouverture latérale droite, dont nous avons déjà parlé et qui sert en outre à explorer la région de l'appendice, une incision semblable dans la fosse iliaque gauche.

Nous n'insisterons pas sur l'importance du traitement consécutif, qui consiste à relever les forces du malade à l'aide d'excitants divers; alcool, champagne, injections de sérum artificiel par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse dont le rôle, non encore élucidé, semble favorable.

Résultats. — Les résultats donnés par l'intervention chirurgicale ne sont pas très brillants. Trop souvent l'intoxication est déjà intense, et le malade succombe quelques heures ou quelques jours après l'intervention.

Cependant il existe un certain nombre de guérisons authentiques. Les statistiques dressées en réunissant les différents cas publiés sont inexactes, car on a naturellement plus de tendance à publier les cas heureux que les cas malheureux. Cette remarque s'applique à celle de M. Demoulin (1) qui renferme quatre-vingt neuf cas avec vingt-neuf guérisons, et à beaucoup d'autres. On se rendra un compte plus exact de la valeur de l'intervention dans cette forme d'infection en se reportant à certaines statistiques personnelles. C'est ainsi que, sur vingt-huit cas de péritonite généralisée, sans opération, M. Jalaguier (2) a eu six morts et, sur vingt-deux opérés, quatre guérisons. La statistique de Sonnenburg (3) (cinq succès sur huit opérations) est plus favorable. Mais, comme le fait remarquer Roux, la plupart des succès obtenus par la laparotomie ne sont pas relatifs à des péritonites par perforation. Il existe, en effet, des formes atté-

---

(1) Demoulin (A.). — *Perforation de l'appendice par corps étranger. Péritonite aiguë généralisée. Laparotomie. Guérison.* « Arch gén. de méd., » juin 1894, p. 710.

(2) Jalaguier (A.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 31 juillet, 1895, p. 598.

(3) Sonnenburg (E.). — *L. c.*

nuées de péritonite à exsudat fibrineux ou même séro purulent, d'origine appendiculaire, mais sans perforation de l'organe, qui ont une certaine tendance vers la guérison spontanée ; nous en avons parlé plus haut.

D. DISCUSSION DES INDICATIONS

Quelles sont les indications de l'un ou l'autre de ces traitements ? Quand est-on autorisé à se contenter du traitement médical ? Quand convient-il de se décider à intervenir chirurgicalement ?

Théoriquement la réponse est simple. Dans l'appendicite dite pariétale, dans celle qui ne s'accompagne que d'exsudats plastiques non purulents, lorsque ces lésions sont par conséquent susceptibles de résolution, il est permis de s'abstenir. Dans l'appendicite, ou mieux dans la périappendicite suppurée, il faut agir.

Mais ce n'est là que changer les termes du problème et non le résoudre. En fait, la difficulté est précisément, au moins au début, c'est-à-dire à la période où il importe de prendre un parti, de distinguer entre elles les deux formes de l'af-

fection. Ce n'est donc pas porter grand secours au praticien que de lui dire : incisez s'il y a du pus, attendez dans le cas contraire.

Il nous semble que la question peut être envisagée autrement ; qu'il est possible, en se maintenant sur un terrain exclusivement clinique, en se plaçant par la pensée en face du malade, d'examiner les principaux cas qui peuvent se présenter, et chercher à préciser la conduite à tenir dans chacun d'eux.

Nous nous souviendrons d'ailleurs que nous n'écrivons pas seulement pour les chirurgiens, mais pour tout médecin, appelé, souvent dès les premières heures, auprès d'un malade chez lequel ont éclaté des accidents pouvant être mis au compte d'une appendicite.

1er *Cas.* — L'affection est tout à fait au début ; elle date de quelques heures, d'un jour au plus. L'ensemble symptomatique peut être alarmant : douleur vive, souvent généralisée à tout l'abdomen, vomissements, ballonnement du ventre ; le pouls est fréquent, la température tend à s'élever.

Malgré tout cependant, la règle en pareil cas est de s'abstenir, d'attendre quelques heures au moins, en instituant le traitement médical, d'autant plus que le diagnostic ne peut le plus

souvent encore être posé avec une certitude absolue. Dans une seule circonstance il pourrait être indiqué d'agir, celle où la fréquence et la petitesse du pouls, avec tendance à abaissement de la température, l'altération des traits permettraient de croire à une péritonite généralisée d'emblée ; et encore est-il bien rare qu'on arrive à temps pour faire œuvre utile.

Souvent, sous l'influence du traitement institué, l'orage se calme ; tout est fini ou bien la maladie poursuit son cours.

2e *Cas.* — Les symptômes du début persistent et s'accentuent, sans avoir encore aucun caractère alarmant. L'amélioration attendue ne s'est donc pas produite ; mais *il n'y a pas encore de tuméfaction nettement appréciable.* Le diagnostic d'appendicite aiguë ne fait du moins plus de doute.

Faut-il agir ? Oui, disent les partisans de l'intervention ; intervenez sans retard, dans la plupart des cas vous trouverez déjà du pus ; si vous n'en trouvez pas, votre opération aura du moins été sans danger.

Ce dernier point n'est malheureusement pas absolument démontré. Il est certain que vers le deuxième ou le troisième jour souvent le pus est

déjà formé, mais cela sans enkystement solide encore ni certain ; et si ce pus est, comme d'ordinaire, très septique, l'intervention ne peut, dans ces conditions, être considérée comme dénuée de tout péril.

Donc, tout en comprenant la conduite de ceux qui croient devoir opérer dans ces conditions, ne pouvons-nous blâmer ceux qui préfèrent attendre, mais attendre en surveillant le malade de près, en s'attachant, suivant les indications que nous avons données plus haut, à relever les moindres signes qui permettront de soupçonner la présence du pus ou un commencement de réaction péritonéale.

3e *Cas.* — Trois ou quatre jours se sont passés, le mal se localise de plus en plus, *il y a tuméfaction iliaque certaine*, plus ou moins appréciable.

Loin de trouver dans ce fait une indication à l'intervention immédiate, bien des chirurgiens y verront un motif de temporisation nouvelle. La tuméfaction est la marque de l'enkystement des produits inflammatoires. Ceux-ci sont peut-être encore capables de résolution. En tout cas, il y a moins de danger à attendre puisque la grande cavité péritonéale semble protégée. L'opération, qui deviendra peut-être nécessaire, s'exécutera

dans de meilleures conditions si elle est différée ; tout se bornera à une simple ouverture d'abcès.

A ceux qui tiennent ce langage nous conseillons du moins, avec Roux, de ne pas attendre au-delà du sixième ou septième jour. Si à cette époque la défervescence ne se produit pas, il faut en conclure que la tuméfaction péri-appendiculaire est suppurée et doit être incisée ; il serait dangereux d'attendre, pour se décider à intervenir, l'apparition toujours tardive des signes objectifs certains de la suppuration.

Ces cas, au reste, sont les bons ; la formation d'une tuméfaction iliaque est d'heureux augure ; elle permet d'attendre la résolution ou de n'intervenir qu'à bon escient. Mais, comme dans le cas précédent, la temporisation n'est permise que si l'on suit le malade de très près, de façon à saisir le moment où une intervention urgente peut devenir nécessaire.

4e *Cas.* — Après un début bruyant une amélioration réelle est survenue ; *mais elle n'est pas franche.*

Certains troubles persistent : la douleur iliaque garde la même intensité, l'amaigrissement continue, la langue est blanche et moins humide, la température reste un peu élevée. Souvent,

pour augmenter l'embarras, la tuméfaction iliaque, ce précieux jalon, est peu ou mal perceptible.

C'est en pareil cas que le médecin doit plus que jamais faire preuve de sagacité; qu'il doit s'attacher à analyser tous les symptômes et à les mettre en valeur, la persistance ou la recrudescence d'un seul des signes de l'appendicite suffisant à démontrer que les lésions ne sont pas éteintes et que le danger continue.

On tiendra compte, en particulier, ainsi que nous avons eu occasion de le dire, du facies du malade et surtout, de l'état du pouls et de la température. Nous répétons à cet égard qu'un pouls fréquent, battant plus de 100 à la minute chez l'adulte, dépassant 120 chez l'enfant, alors que la température reste aux environs de 38°, doit éveiller toutes les craintes. Qu'à ce signe se joignent une certaine altération des traits, un peu d'agitation, une recrudescence de la douleur locale avec ou sans tendance à la généralisation, en voilà plus qu'assez pour qu'on se décide à intervenir. Il serait en tous cas souverainement imprudent d'attendre, dans cette incertitude, *au delà de huit ou neuf jours*. Il faut qu'à ce moment il y ait défervescence complète pour que l'on soit autorisé à temporiser encore ; que si quelques

phénomènes locaux persistent, le pouls et la température doivent du moins être revenus à la normale.

Nous avons vu, à propos des symptômes, que cette amélioration trompeuse peut exister, alors même que la péritonite commence à se généraliser ou l'est déjà sur une notable étendue. Nous avons dit l'importance que pouvait avoir, pour reconnaître cette extension et par conséquent pour imposer une intervention rapide, la disparition d'une tuméfaction iliaque dont l'existence avait été dûment constatée ; nouvelle circonstance montrant la nécessité de la surveillance attentive et assidue d'un malade atteint d'appendicite.

5e *Cas.* — Dernière hypothèse : soit que l'on ait été appelé trop tard, soit que l'on ait été surpris par les événements, on se trouve en présence d'une péritonite évidente, ayant ordinairement tous les caractères d'une péritonite généralisée.

Doit-on opérer ? Si, pour répondre à cette question, on interroge les faits, on est forcé de reconnaître qu'ils ne sont guère encourageants (1). Cependant il suffit de quelques suc-

(1) Voir plus haut (p. 171) les statistiques de MM. Demoulin et Jalaguier.

cès, si rares soient-ils, pour que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une laparotomie suivant les règles indiquées plus haut, pour peu que l'état général du malade le permette.

Il peut arriver, en effet, que la péritonite ne soit pas le résultat d'une perforation, mais une simple extension de la maladie primitive, forme parfois moins grave ; ou que, généralisée en apparence, la phlegmasie se présente sous la forme d'une péritonite suppurée à foyers multiples ; ou encore que le sujet soit dans un état de défense qui lui permette de résister à l'infection ; toutes circonstances pouvant expliquer la guérison si elle survient et justifier une tentative en apparence désespérée.

Cependant s'il s'agit nettement de cette forme d'infection péritonéale que nous avons décrite sous la dénomination de septicémie péritonéale, mieux vaut s'abstenir. La laparotomie ne paraît jamais avoir donné aucun résultat dans ces cas, qui, suivant l'expression de Roux, « ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ».

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Le traitement de l'appendicite chronique peut être médical ou chirurgical.

A. Traitement médical. — Puisque la cause des nouvelles crises d'appendicite est la réinfection ou plutôt le réveil d'une infection latente de l'appendice, puisque, d'autre part, l'affection primitive paraît être souvent d'origine intestinale, c'est évidemment par une bonne hygiène, et particulièrement par une bonne hygiène intestinale, que l'on s'efforcera de s'opposer aux rechutes.

Avant tout, on évitera la constipation. Les purgatifs très légers (huile de ricin, calomel, rhubarbe, cascara, etc.), mieux encore les eaux minérales purgatives (eau de Condillac), prises à petites doses et fréquemment, seront, à cet effet, employés avec profit.

Le régime alimentaire sera sévère et composé uniquement de mets légers, faciles à digérer (laitage, viandes hachées ou bien mastiquées, légumes secs en purée) ; on évitera surtout l'abus de la nourriture animale.

L'exercice (bicyclette, marche, gymnastique

modérée) qui favorise les fonctions de l'intestin resté paresseux, est préférable à l'immobilisation ; mais il faut proscrire les mouvements violents, les travaux de force, le cheval, certaines formes de gymnastique et surtout le massage de l'abdomen, proposé par Treves [1] et Cohen [2].

Sans diminuer l'importance de ces précautions hygiéniques, puisqu'il est bien établi qu'un simple écart de régime a suffi pour provoquer une crise nouvelle, il faut reconnaître qu'un tel traitement réclame des précautions multiples et une attention scrupuleuse dont peu de malades sont capables, d'autant que d'ordinaire aucun trouble fonctionnel ne vient, dans l'intervalle des rechutes, mettre sérieusement leur attention en éveil. Peut-on même compter, surtout s'il s'agit de gens forcés de travailler pour vivre, que les prescriptions du médecin soient jamais intégralement suivies ?

Nous dirons donc, avec M. Talamon, que, si rationnellement la guérison médicale ne semble pas impossible, pratiquement le traitement né-

---

(1) Treves (Fréd.). — *Observations on a further series of cases of relapsing typhlitis, etc.* « Brit. medic. Journ. », mars 1895, p 517.

(2) Cohen (J.). — *De la périty phlite.* « Soc. médic. de Hambourg » et « Bulletin médical », 1895, p. 1151.

cessaire pour l'obtenir peut d'une manière générale être considéré comme inapplicable. De là une des indications du traitement chirurgical.

B. Traitement chirurgical (Résection de l'appendice). — Ce traitement consiste à enlever l'appendice, cause de tout le mal (résection dite *à froid*) ; suppression qui n'entraîne aucune conséquence fâcheuse, puisqu'aussi bien le diverticule du cœcum constitue un organe inutile (1).

Manuel opératoire. — L'incision cutanée ordinairement employée est celle de Roux, que nous avons déjà décrite. Elle présente l'inconvénient de couper les fibres des muscles obliques et transverse, section qui ne se fait pas sans hachures et qui se prête mal à une suture exacte et solide (2).

---

(1) Treves a proposé de se borner à redresser l'appendice coudé ou recroquevillé. Cette conduite est illogique, car on ne peut, par l'aspect extérieur d'un appendice, juger de son état intérieur. Le malade peut se sentir soulagé et se croire guéri ; il reste cependant candidat à la rechute.

(2) Pour éviter la section des muscles en travers, qui expose aux éventrations, Mac Burney (*Annals of Surgery*, juillet 1894), a proposé le procédé suivant, applicable à l'incision des péri-appendicites suppurées : incision perpendiculaire à la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, située à un cen-

Nous lui préférons, avec M. Jalaguier, toutes les fois qu'elle sera possible, l'incision pratiquée le long du bord externe du muscle droit.

Max Schüller [1] avait déjà proposé une incision analogue dans les laparotomies pour péritonites d'origine appendiculaire ; incision latérale, verticale, tombant à un travers de doigt en dedans du milieu d'une ligne qui réunirait l'épine iliaque à la symphyse. Cette incision est celle qui conduit le plus directement sur l'appendice ; elle est, suivant Luschka, idéale au point de vue anatomique. Elle a, en outre, l'avantage, puisqu'elle n'intéresse aucun muscle, de prévenir mieux que d'autres les éventrations ultérieures.

M. Jalaguier [2] en a bien fixé les différents

---

timètre et demi de l'épine iliaque ; section du grand oblique en séparant les fibres sans les couper perpendiculairement ; à l'aide d'un instrument mousse on sépare les fibres du petit oblique, puis celles du transverse sans les couper.

Ce procédé nécessite l'emploi d'écarteurs multiples, car les lèvres des différentes incisions ne sont pas parallèles ; le champ opératoire est ainsi diminué notablement, et les manœuvres sont difficiles.

[1] Max Schüller. — *Allgemeine acute Peritonitis in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes. Laparotomie und Excision des Wurmfortsatzes.* « Arch. f. klin. chirurg. », 1889, t. XXXIX, p. 845 (853).

[2] Jalaguier. (A.) — « *Presse médicale* », 3 fév. 1897, p. 53.

temps : Incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit, sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de l'ombilic ; le tiers supérieur de l'incision est au-dessus de la ligne ilio-ombilicale, les deux tiers inférieurs sont au-dessous. Incision de haut en bas de l'aponévrose du grand oblique dans toute la hauteur de la plaie. Incision de la gaîne du grand droit dans la même étendue, à un centimètre et demi environ *en dedans* du bord externe. Dissection du bord externe du muscle droit qui est refoulé en dedans. Incision prudente du feuillet postérieur, très mince, de la gaîne du muscle (*fascia transversalis*), à un centimètre et demi environ en dedans de l'angle dièdre, formé par sa réunion avec le feuillet antérieur. L'incision du péritoine, faite au même niveau, sera toujours pratiquée avec précaution, l'intestin pouvant être adhérent.

L'abdomen ouvert, on reconnaît le cœcum et l'on découvre ordinairement sans peine l'appendice qui lui fait suite. Lorsque celui-ci est libre, rien n'est plus aisé que de l'amener dans la plaie.

Ce cas est loin d'être le plus commun. Souvent l'appendice est fixé par des adhérences qu'il faut détacher avec prudence et non sans

difficultés. Parfois ces adhérences le dérobent complètement à la vue et au toucher, d'autant qu'il est souvent ou bien infléchi et caché derrière le cœcum (type remontant), ou, au contraire, enfoncé dans le petit bassin (type plongeant). Elliot a recommandé, en pareil cas, de suivre la bandelette longitudinale antérieure du côlon que l'on a sous les yeux et qui mène à l'extrémité inférieure du cœcum où l'on trouvera l'appendice.

Cet artifice ne réussit pas toujours. L'anse iléo-cœcale peut elle-même être fixée par des brides qui ne permettent pas de l'attirer entre les lèvres de la plaie ; le doigt explorateur ne sent pas davantage l'appendice noyé dans un véritable paquet d'adhérences intestino-pariéto-épiploïques.

Ces recherches ne devront pas être trop prolongées. Il faut savoir, si elles semblent dangereuses, s'arrêter à temps et renoncer à extirper l'appendice. On se contentera de libérer le cœcum dans la mesure du possible, de détruire quelques adhérences ; on sera souvent conduit à reséquer une portion de l'épiploon plus ou moins fusionnée avec les parties voisines.

L'appendice étant libéré, on l'enserre dans une ligature au catgut placée à un centimètre

environ du cœcum. Il est prudent, avant de le sectionner, de lier l'artère appendiculaire contenue dans le méso-appendice.

L'incision de l'appendice est faite à un centimètre environ de la ligature.

La muqueuse du moignon appendiculaire ainsi obtenu est abrasée avec une fine curette ; et toute la petite cavité touchée avec la pointe du thermo-cautère qui achève de détruire la muqueuse. Le moignon se présente alors sous la forme d'un cul-de-sac ouvert du côté du péritoine et fermé du côté de la ligature.

On applique, à l'aide de catguts, les parois de ce cul-de-sac l'une contre l'autre, en s'efforçant d'en invaginer les bords [1].

Pour plus de sûreté enfin, et pour séparer absolument le moignon de la grande séreuse, on cherche à le recouvrir avec une frange graisseuse, s'il en existe une dans le voisinage ; ou bien, on l'enfouit dans la paroi du cœcum qu'on

---

[1] Le procédé que nous venons de décrire aboutit au même résultat et est plus simple que celui qui consiste à disséquer préalablement sur l'appendice une manchette péritonéale qu'on rabat sur le moignon, après avoir posé la ligature sur les seules tuniques musculaire et muqueuse. — Barker (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1895, p. 863) a recommandé un procédé analogue, non moins compliqué.

suture au-dessus de lui avec quelques points à la Lembert.

Si les manœuvres d'extraction ont été longues et pénibles, et surtout s'il existe un léger suintement sanguin dû à la déchirure des adhérences, ou bien encore si l'on a dû évacuer un petit abcès péri-appendiculaire, on placera un drainage à la Mickulicz. Dans les cas simples, la plaie abdominale peut être immédiatement et complètement fermée.

La suture de l'incision pariétale doit être faite soigneusement pour éviter la production de hernies. Si l'on a fait l'incision de Roux, la suture sera à deux ou trois étages, les plans profonds intéressant le péritoine et les muscles incisés, le superficiel ne comprenant que la peau.

Si l'on a préféré l'incision sur le bord externe du muscle droit, voici comment, d'après M. Jalaguier, seront placés les différents plans de suture : Surjet ou points séparés au catgut, n° 2 ou 3, sur l'incision du péritoine et celle du *fascia transversalis*. Un point de catgut fixe le bord externe du muscle droit à la partie moyenne de l'angle dièdre formé par la divergence des deux parois de sa gaîne [1]. Surjet ou points sé-

[1] Par ce moyen, la ligne de suture du péritoine correspond à un muscle large, dont les fibres n'ont pas été coupées ; bonne condition pour éviter l'éventration.

parés au catgut sur le feuillet antérieur de la gaîne de ce muscle. Troisième surjet, qu'on peut négliger, sur l'aponévrose du grand oblique. Sutures de la peau.

Résultats. — Cette opération, conduite avec prudence et suivant les règles précitées, ne mérite pas les reproches que lui ont fait les partisans de l'abstention.

Elle ne présente pas plus de gravité qu'une laparotomie pour salpingite. Il ne faudrait pas cependant la considérer comme absolument sans danger ; elle a été parfois suivie de mort. L'étude de quelques statistiques personnelles est, à ce sujet, très instructive. Si l'on en croyait, en effet, les relevés dressés en réunissant les divers cas publiés, tels que celui de Damaye [1], qui note seulement trois morts sur cent quatre-vingt-une interventions, on se ferait une idée fausse de la gravité de l'extirpation de l'appendice à froid. Si, en effet, Roux [2] n'a eu qu'une mort par embolie cardiaque sur quatre-

---

[1] DAMAYE (L.) — *Thèse citée*, p. 80.

[2] ROUX. — *Remarques sur une nouvelle série d'appendicites opérées à froid, quatre-vingt quinze cas inédits.* « Congrès français de chirurgie », 1895, p. 250.

vingt-quinze cas, Treves (1) a eu une mort sur dix-huit cas, Pyerson Fowler (2) une sur vingt-six, William Bull (3) une sur douze, Porter (4) une sur quatorze, Kümmel (5) une sur quarante-cinq. Nous avons nous-même observé un cas de mort chez un adulte opéré sur ses instances, à une époque trop rapprochée de la fin de la dernière crise. Ces faits établissent suffisamment que la résection de l'appendice à froid ne constitue pas une opération toujours bénigne.

Il n'était pas inutile d'insister sur ce point, car on est trop porté à croire, avec Senn, que la résection de l'appendice à froid est de toutes les opérations abdominales la plus sûre et la plus facile. Il est certain qu'il en est ainsi dans la

---

(1) TREVES (Fr.). — *Observations on a further series of cases of relapsing typhlitis treated by operation.* « Brit. medic. Journal », mars 1895, p. 517.

(2) PYERSON FOWLER. — *Annals of Surgery*, mars 1894, p. 546.

(3) BULL (W. T.). — *Observations on chronic relapsing appendicitis ; twelve operations in the quiescent period, with one death.* « Medic. Record », New-York, 18 mars 1893, t. XLIII, p. 321.

(4) PORTER (M. F.). — *A contribution to the study of the treatment of appendicitis, with a tabulation of 448 cases.* « Americ. Journ. of the medic. sc. », déc. 1893.

(5) KÜMMEL (H.). — *Loco citato.*

grande majorité des cas ; mais il est vrai aussi qu'elle peut présenter parfois des difficultés considérables.

Aussi, comme dans une intervention de ce genre il importe avant tout de ne faire courir aucun danger au malade, ne devra-t-on jamais, si ces difficultés se présentent, s'acharner à les surmonter à tout prix.

Aussi bien la résection de l'appendice ne serait-elle pas absolument nécessaire pour obtenir la disparition des accidents pour lesquels l'opération a été entreprise. MM. Quénu (1), Poncet (2) et Schwartz (3) ont établi, à l'aide d'observations personnelles, que, dans certains cas où l'ablation de l'appendice avait été jugée dangereuse ou impossible, il avait suffi de détruire les adhérences ou d'évacuer de petites collections purulentes pour procurer aux malades une guérison complète et définitive.

Il n'en reste pas moins que les résultats obtenus par l'ablation de l'appendice à froid sont, en général, excellents. La guérison, lorsqu'elle

---

(1) Quénu (E.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1893, t. XIX, p. 641.

(2) Poncet (A.). — *Académ. de médecine*, 13 nov. 1894.

(3) Schwartz (E.). — *Obs. rapp. par* Damaye, *thèse citée*, obs. III, p. 85.

est obtenue, est parfaite et durable. Si parfois se montrent encore quelques troubles intestinaux — qui n'ont, du reste, plus les caractères des troubles appendiculaires — la cause en est dans la persistance des lésions antérieures de l'intestin que le traitement médical fera ordinairement disparaître.

Indications et contre-indications. — On peut donc considérer comme suffisamment justifiée une intervention dont les résultats sont bons et les risques peu considérables, pourvu, toutefois, qu'elle soit entreprise dans de bonnes conditions.

Ces conditions indispensables sont : l'absence de toute maladie aiguë ou subaiguë au moment de l'opération ; la cessation depuis cinq à six semaines au moins de tout phénomène d'appendicite aiguë ; nous ajouterons la certitude de pouvoir réaliser une asepsie opératoire absolue. Si l'une de ces conditions fait défaut, mieux vaut surseoir. C'est là, à vrai dire, les seules *contr'indications* de la résection à froid de l'appendice.

Les *indications* résultent exclusivement de l'existence d'une ou de plusieurs crises antérieures. Est-ce à dire qu'il suffise d'une seule crise avérée pour que l'on soit en droit de con-

seiller au malade l'opération préventive ? Il nous semble qu'il faut ici distinguer suivant les cas.

Si la guérison paraît complète, s'il ne reste aucune douleur ni ombre de tuméfaction dans la fosse iliaque, on pourra, en prévenant le malade ou les siens, du retour possible des accidents, les laisser libres de choisir entre une éventualité qui en somme n'est pas certaine et la sécurité complète que donne la cure radicale.

Le devoir du médecin sera, au contraire, de s'efforcer de faire accepter l'intervention, même après une seule crise, si un phénomène quelconque permet de penser que la résolution n'est pas complète. A plus forte raison cette conduite s'imposera-t-elle si une seconde attaque ou une série de crises, même peu intenses, permettent d'affirmer l'existence de lésions persistant dans l'appendice ou autour de lui.

TRAITEMENT DES APPENDICITES TUBERCULEUSE ET ACTINOMYCOSIQUE

1. Appendicite tuberculeuse. — Nous avons vu que bien rarement le diagnostic exact de la nature des lésions est posé avant l'opération. Ce sera donc bien souvent au cours seule-

ment de l'intervention que l'on pourra décider de la conduite à tenir.

Si l'on reconnaît que l'on n'a affaire qu'à une tuberculose limitée à l'appendice, la résection de la partie malade se fera suivant les mêmes règles que dans l'appendicite chronique.

Si l'on constate, au contraire, que le cœcum prend une large part à la lésion, l'opération sera évidemment bien différente. Mais ces cas sortent absolument du cadre de notre étude. Nous rappellerons seulement, d'un mot, que l'on devra parfois se borner à évacuer le pus renfermé dans les foyers péri-cœcaux et péri-appendiculaires ; ou bien que l'on sera conduit à réséquer, avec l'appendice, une partie du cœcum ou encore de l'iléon ; que si la tumeur est trop adhérente ou trop diffuse pour être extirpée, on aura encore la ressource de l'entéro-anastomose.

2. Appendicite actinomycosique. — Dès qu'on soupçonne l'origine actinomycosique de l'appendicite, il faut instituer le traitement considéré comme spécifique de l'affection, à savoir l'*iodure de potassium*, à la dose de $0^{gr},50$ à 2 grammes par jour, auquel on peut joindre l'arsenic.

Lorsque la tumeur est constituée il faut inter-

venir, tout en continuant le traitement interne par l'iodure et l'arsenic. Le chirurgien devra s'efforcer d'enlever toutes les parties malades. Mais, si l'opération radicale lui paraît présenter des difficultés considérables ou des dangers, il doit se contenter d'*inciser largement les tissus indurés*, de faire communiquer les différents foyers les uns avec les autres et de les irriguer avec une solution iodurée, dont, en outre, on imbibera les pièces de pansement.

TABLE DES MATIÈRES

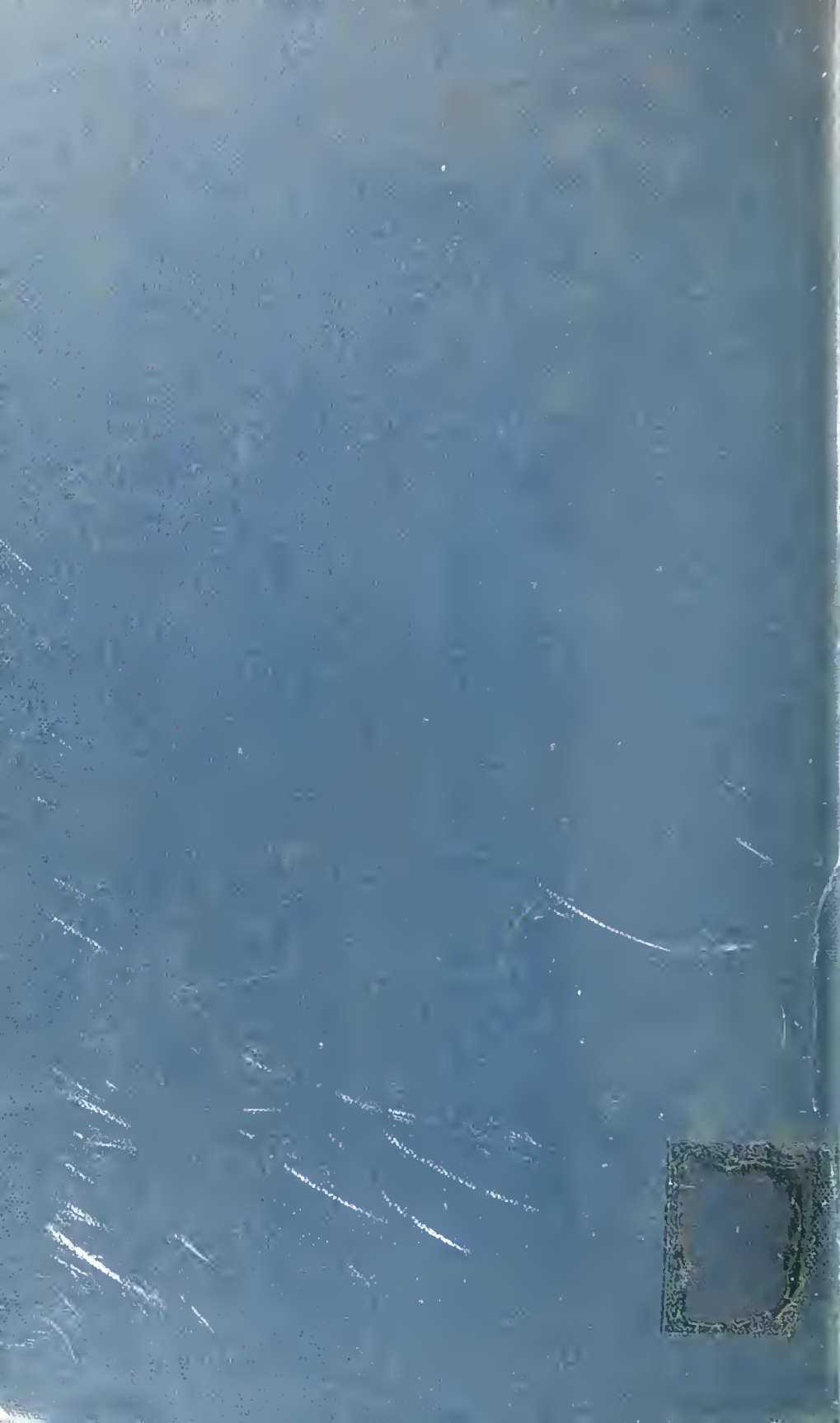
—

	Pages
Introduction	5
Anatomie pathologique	15
Appendicite aiguë	15
1. Lésions de l'appendice	15
2. Lésions du péritoine (péri-appendicite)	23
3. Lésions du tissu cellulaire (para-appendicite)	28
4. Évolution des lésions	30
5. Formes topographiques de l'appendicite	37
Appendicite chronique	39
Étude histologique de l'appendicite	42
Bactériologie de l'appendicite	54
Appendicite tuberculeuse	57
Appendicite actinomycosique	61
Étiologie. Pathogénie	63
Causes prédisposantes	63
Causes occasionnelles	65
Causes déterminantes. Pathogénie	67
Symptomes	85
Appendicite simple	88
Péri-appendicite suppurée	94
Péritonite généralisée	102
De quelques autres formes de l'appendicite	109

Pages

COMPLICATIONS 113
Abcès du tissu cellulaire iliaque. 114
Abcès de la paroi abdominale. 115
Pyléphlébites. Abcès du foie 116
Pleurésie 118
Lésions pulmonaires 120
Lésions infectieuses diverses 121
APPENDICITE CHRONIQUE (Appendicite à rechutes. Appendicite à répétition) 123
DIAGNOSTIC 129
Diagnostic absolu et différentiel 129
Diagnostic de quelques formes spéciales . . 137
Diagnostic de l'appendicite tuberculeuse . . 138
Diagnostic de l'appendicite actinomycosique. 142
Diagnostic des complications 143
PRONOSTIC 145
TRAITEMENT 151
Traitement de l'appendicite aiguë. 151
Traitement préventif 152
Traitement médical 153
Traitement chirurgical 159
Discussion des indications 172
Traitement de l'appendicite chronique . . . 180
Traitement médical 180
Traitement chirurgical (résection de l'appendice) 182
Traitement des appendicites tuberculeuse et actinomycosique. 192

ST-AMAND (CHER). IMPRIMERIE DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE
BRITISH MEDICAL Library ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Library